

Medisiinarit, ammattiin kasvaminen ja hiljainen tieto

Suomalaisen lääkärikoulutuksen
murroksen vuodet 1933–1969

Sari Aalto

Historiallisia tutkimuksia Helsingin yliopistosta XLIII

Medisiinarit, ammattiin kasvaminen ja hiljainen tieto

Suomalaisen lääkärikoulutuksen
murroksen vuodet 1933–1969

Sari Aalto

Akateeminen väitöskirja

Esitetään Helsingin yliopiston humanistisen tiedekunnan
suostumuksella julkisesti tarkastettavaksi Athena-rakennuksen
salissa 107 perjantaina 11. marraskuuta 2016 klo 12.

Helsinki 2016

© Sari Aalto 2016

ISBN 978-951-51-2655-9 (nid.)

ISBN 978-951-51-2656-6 (PDF)

ISSN 2342-0138

Historiallisia tutkimuksia Helsingin yliopistosta XLIII

Historiska studier från Helsingfors universitetet XLIII

Historical Studies from the University of Helsinki XLIII

Kansi ja taitto: Antti Pirilä

Kannen kuvat *Medisiinari*-lehdistä

Paino: Unigrafia

Helsingin yliopisto

Helsinki 2016

Esipuhe ja kiitokset

Kun astun Kansalliskirjaston kupolisaliin, minun on lähes aina käännettävä katseeni ylöspäin ja viivähdeittävä hetki kupolin kauneudessa. Salissa tuntuu kiteytyvän ajatus yliopistosta sivistyksen kehtona, jonka olen aina kokenut läheiseksi. Aloittaessani väitöstutkimukseni minua ohjasi ennen kaikkea rakkaus yliopistoon. Akateeminen kasvatus ei valikoitunut tutkimuksen aiheeksi sattumalta, vaan omakohdaiset kokemukset ohjasivat syventymään sen historiaan ja ideaan. Yliopistoyhteisö on antanut minulle paljon mahdollisuuksia toimia ja kasvaa erilaisissa yhteyksissä niin tutkijana kuin muuten aktiivisena toimijana. Akateeminen identiteettini on rakentunut osakunnassa, promootiojärjestelyissä ja yliopistohallinnon tehtävissä. Kaiken sen keskellä on syntynyt väitöskirja. Tämä tutkimus ei ole koulutusohjelma-ajattelun tuote vaan pidempiaikaisen kasvamisen ja kokemuksen kartuttamisen tulos.

Historian opintojeni alkuvaiheessa tutustuin minulle rakkaan yhteisön, Etelä-suomalaisen osakunnan yhteydessä Laura Kolbeen, josta sittemmin tuli Euroopan historian professori ja pro gradu -tutkielmani ja väitöskirjani ohjaaja. Olen hyvin kiitollinen Lauralle siitä, että hän vuonna 2002 ohjasi nuoren ylioppilaan ensimmäisen tutkimus- ja kirjahankkeen pariin UniCafen historian kirjoittajaksi. Laura on seurannut väitöskirjani vaiheita sekä Suomen Lääkäriliiton historiatoimikunnan jäsenenä että ohjaajanani. Kiitän Lauraa ystävyydestä, hiljaisen tiedon välittämisestä sekä niistä keskusteluista ja neuvoista, jotka ovat auttaneet kiteyttämään tutkimuksen rakennetta ja tuloksia.

Minua on tukenut ja väitöskirjaani on sen eri vaiheissa kommentoinut moni henkilö. Kiitän erityisesti dosentti Marja Jalavaa, jonka neuvot ja yhteinen kiinnostus yliopistoon ja sen historiaan ovat antaneet minulle paljon. Kiitän lämpimästi professori Matti Klingeä, osakuntani entistä inspehtoria, joka on ollut minulle läheinen tukija. Hänen huomionsa väitöskirjani käsikirjoituksesta auttoivat viimeisessä vaiheessa ratkaisevalla tavalla terävöittämään sanomaani. Professori Heikki Mikkeli osallistui Euroopan historian seminaarissa väitöskirjani käsittelyyn. Hänen kommenttinsa auttoivat minua nostamaan esille yhteiskunnallisempaa otetta ja opettivat kiteyttämään ajatuksiani, mistä olen hyvin kiitollinen. Kiitän lämpimästi väitöskirjani esitarkastajia dosentti Heini Hakosaloa ja dosentti Arto Nevalaa, joiden esitarkastuslausunnot olivat rakentavia, käytännönläheisiä, selkeitä ja inspiroivia. Heidän kommenttinsa olen parhaani mukaan pyrkinyt ottamaan huomioon. Arvostan suuresti sitä perusteellisuutta, jolla esitarkastajat kävivät käsikirjoitukseni läpi. Kiitän myös Heini Hakosaloa suostumisesta vastaväittäjäkseni.

Väitöskirjani aihe valikoitui, kun pääsin vuonna 2007 mukaan Suomen Lääkäriliiton historiahankkeeseen. Kiitän hankkeen muita tutkijoita, dosentti Samu Nyströmiä, dosentti Ilkka Levää ja FM Oona Ilmolahtea ystävydestä sekä tuesta ja käytännöllisestä avusta. Samu on ollut minulle läheinen kollega, joka on matkan varrella antanut asiantuntevia kommentteja tekstistäni ja monia käytännöllisiä neuvoja. Ilkka luki väitöskirjani käsikirjoituksen ja antoi siitä kannustavaa palautetta. Oonalta sain käyttööni hänen perusteelliset muistiinpanonsa Lääkäriliitto-ajoilta, jotka auttoivat minua merkittävästi. Kiitän myös yhteistyöstä Lääkäriliiton henkilökuntaa, historiatoimikuntaa, erityisesti dosentti Jaakko Ignatiusta, sekä hankkeen aikana haastateltuja henkilöitä.

Väitöskirjaprosessin aikana olen tutustunut moniin historian tutkijoihin, ja kiitän heitä tärkeistä ja avartavista keskusteluista. Yksi esikuvani akateemisessa maailmassa on FT Kristina Ranki, jonka ystävydestä olen kiitollinen. Kristinan monialainen aktiivisuus on lähellä omaa ajatusmaailmaani. Kristina tarjosi minulle jatko-opintojeni aikana myös mahdollisuuden koordinoida Euroopan historian vaihto-opiskelijoille suunnattuja kursseja, mikä oli tärkeää opetuskokemuksesta. Kiitän ystävydestä FM Anitra Komulaista, joka on usein pohtinut kanssani lääkärin historiaa ja antanut minulle arvokkaita ajatuksia. Kiitän Porthaniassa samalla käytävällä työskennelleitä, erityisesti dosentti Tuomas Teporaa, dosentti Henrika Tandefeltia ja FT Aleksi Mainiota. Kiitos tuesta ja yhteisistä hankkeista myös dosentti Pieter Dhondt ja teatteritieteen professori Hanna Korsberg. Kiitän Euroopan historian tutkijaseminaarin osallistujia arvokkaista kommenteista työhöni sekä lääket. lis., VTM Helene Laurentia, joka luki huolellisesti käsikirjoitukseni ja esitti erinomaisia huomioita.

Vertaistukea olen saanut myös muiden alojen jatko-opiskelijoilta, joiden kanssa olen jakanut tutkimustyön arjen, ilojen ja surujen sekä työn ja perheen yhdistämiseen liittyviä kysymyksiä. Lämpimät kiitokset yliopistonlehtori Maija Jäppinen, kuvataiteen maisteri Kukka Paavilainen ja FT Joonas Paalasmaa. Kiitos myös kaikille ystäväilleni tuesta, erityisesti Jasmin Etelämäki, Ville Sinnemäki, Saara Vihko, Helena Aistrich, Antti Tuominen, Kaarina Saramäki, Mia Viljanen ja Sini Visa. Saara on toiminut englannin- ja ruotsinkielisten tekstieni oikolukijana, mistä erityiset kiitokset.

Etäläsuomalainen osakunta on ollut minulle läheisin yhteisö yliopistolla. Kiitän kuraattorikauteni 2007–2009 aktiiveja, joiden innostuksesta sain paljon elämäni ja akateemiseen ajatteluuni. Kiitän lämpimästi osakunnan entisiä inspektoreita, professori Antti Ahlströmiä ja professori Kimmo Kontulaa. Antti auttoi minua

merkittävällä tavalla nuorena tutkijana UniCafen historiahankkeessa. Kimmo on antanut tukea ja kommentteja käsikirjoituksestani lääkärin näkökulmasta. Jatko-opintojeni aikana päätoimitin Helsingin yliopiston osakuntien 370-vuotisjuhluvuoden julkaisun *Sivistisyhteisö? Puheenpuoroja yliopiston kasvatustehtävästä*. Kiitän kirjan toimituskuntaa antoisista keskusteluista, jotka veivät myös väitöstutkimustani eteenpäin. Erityinen kiitos mukana olleille osakuntaystäville Mirja Komulainen, Hanna Hannus ja Arto Aniluoto. Esolainen Antti Pirilä on toiminut väitöskirjani taittajana kiireisellä aikataululla, mistä olen erityisen kiitollinen.

Väitöskirjani ei olisi valmistunut ilman eri tahojen apua ja tukea. Kiitän Helsingin yliopiston arkiston henkilökuntaa monivuotisesta yhteistyöstä ja neuvoista sekä Terveystieteiden keskuskirjaston ja Turun yliopiston arkiston henkilökuntaa. Kiitän Lääketieteenkandidaattiseuraa mahdollisuudesta päästä tutkimaan seuran arkistoa Medioman kellariin sekä Medicinarklubben Thoraxia yhteistyöstä. Kiitän apurahoista Helsingin yliopistoa, Kanslianeuvos Kaarlo Koskimiehen ja rouva Irma Koskimiehen rahastoa ja Suomen Kulttuurirahastoa. Nykyistä työnantajaani Vihreää Sivistysliittoa ja sen pääsihteeri Ville Ylikahria kiitän kärsivällisyydestä väitöskirjani loppuusaattamisen aikana.

Jokapäiväistä elämää on leimannut väitöstutkimuksen, muiden töiden ja perhe-elämän vuorottelu, jossa on kysytty sitkeyttä, rutiineja, itsenäisyyttä sekä epävarmuuden ja väsymyksen sietokykyä. Lämpimän tuen minulle ovat koko ajan tarjonneet vanhempani Arja ja Rauno Aalto, joille olen kiitollinen kannustuksesta sekä äidilleni Arjalle myös väitöskirjan oikoluvusta. Työn ja perheen yhdistämistä on helpottanut huomattavasti anoppini Raija Tiainen, joka on ollut lähes koska tahansa käytettävissä lastenhoitotehtäviin – tämä apu on ollut kullannarvoista ja siitä lämpimät kiitokseni. Kiitos myös muille sukulaisille, erityisesti siskoilleni Kirsille ja Merville.

Lopuksi kiitän lämpimästi Jussia tuesta ja kannustuksesta sekä suuresta panoksesta kodin ja lasten hoitoon. Tärkein asia, mihin loppujen lopuksi olen näiden vuosien aikana kasvanut on äitiys. Omistan kirjan lapsilleni Vennyille ja Nuutille. Kiitos teille kärsivällisyydestä etenkin äidin tutkimuksen viimeistelyvaiheessa. Rakkaus teihin, teidän hymynne ja kyneleenne sekä pienet ja suuret oivalluksenne ovat olleet minulle eteenpäin työntävä voima.

Kansalliskirjastossa Helsingissä 13.10.2016
Sari Aalto

Sisällys

I Johdanto	12
1. Lääkärikasvatuksen perinne	12
Tutkimuksen kohde: medisiinarista lääkäriksi.	15
2. Tutkimuksen näkökulma: yliopiston kasvatustehtävä ja hiljainen tieto	18
Lähteet ja niiden tulkinta	25
Lääkärit ja koulutus aiemmassa tutkimuksessa.	29
3. Lääkärikoulutus ja lääkärikunta – historiallisia suuntaviivoja	33
Yliopisto kasvattajana ja Collegium Medicum laillistajana.	33
Lääkäri – arvostettu, vapaa ammatinharjoittaja	40
II Laajan sivistysihanteen kasvatit (1933–1944).	46
1. Kenestä lääkäri ja millä eväillä?	46
<i>Numerus clausus</i> tulee lääketieteelliseen tiedekuntaan	46
Medisiinarien kypsyys ja yleissivistyksen ihanne.	53
Kodin merkitys: taloudellinen ja kulttuurinen pääoma.	58
2. Kollegiaalisuuden vaalijat – medisiinarijärjestöjen perustaminen.	67
Kaksikielisestä Candidati Medicinaesta kieliriitaan	67
Toveripiirin merkitys – Medicinarklubben Thoraxin synty	73
Medisiinarien osakunnaksi? Lääketieteenkandidaattiseuran perustaminen .	76
Medisiinariyhteisöjen ammatillis-kasvatuksellinen rooli	84
3. Tiedekunnan maailma, opetus ja ammatti	87
Esikuvat ja opetuksen tilat hiljaisen tiedon välittäjinä	87
Ammattikunnan eettiseen traditioon kasvaminen	94
Yleislääkärin työ ja sosiaalilääketieteen haaste	99
4. Yhteiskunnan aatteiden edistäjinä – sodan ja rauhan oloissa	106
Puhdas ja valkoinen isänmaa – kandidaattien aatemaailmaa.	106
Sota-ajan lääkärikoulu rintamalla ja yliopistolla	114
Sota-ajan tuotteina tutkinno- ja Turun tiedekunta	125
III Ammatillisesti pätevän kutsumuslääkärin ihanne (1945–1958)	134
1. Yliopiston traditiomaailma ja sosiaalivaltion haaste.	134
Ammatillinen tutkinto? Lääketieteen opinnot sodan jälkeisessä yliopistossa	134
Medisiinarikunta: opiskeluolot ja koostumus.	139
Alempi-arvoinen tiedekunta? Lääketieteen opetus alkaa Turussa	148
Yhteiskunnallistuva lääkäriin ammatti ja edunvalvonta.	152
2. Medisiinarien rooli ja vastuu: opintojen kehittämisestä	
kasvatustoimintaan.	158
Läntisiä vaikutteita, opintokritiikkiä ja opintoyhteistyötä	158
Teorian vai käytännön opetusta?	165
Fetuskasvatus, medisiinarihenki ja akateeminen yhteisöllisyys – perinteisistä	
rituaaleista viralliseen kasvatustoimintaan	173

3. Aatteellisuus vai materialismi? Lääkäri-ihanne murrosaikana	180
Kulttuuritoiminnalla ja ammatillisella vastuulla fakki-idiotismia vastaan.	180
”Karsintakurssihenki” – Kutsumus vai raha medisiinarin motiivina?	186
Sivistys vai ammattitaito potilassuhteen pohjana? Terapian murros ja aatteellisuuden uudelleenmäärittely	193

IV Kansanterveyden hyväksi – Yhteiskunnan ja yksilön palvelukseen kasvamassa (1959–1969). 202

1. Lääkintäpoliittinen käänne	202
1960-luvun terveystoimintatavoitteet: ehkäisevän terveydenhuollon haaste	202
Medisiinarijärjestöt kansanterveystyössä ja sosiaalisen ajattelun ihanne	207
Lääkäritarve ja koulutuspolitiikan valinnat	211

2. Kasvavan ja erikoistuvan lääkärikunnan koulutus	219
Kandidaatit opintouudistuksen tekijöinä	219
Koulutuksen tavoite: generalisti, spesialisti vai teoreetikko?	229
Kansainväliseen yhteistyöhön koulutuksen saralla	235

3. 1960-luvun medisiinariyhteisö – tradition ja radikalismien rinnakkaiselo	242
Lääketieteen kandidaattiseurain 1960-luku – tiedekuntatradition kukoistuskauti	242
Muuttuva potilas-lääkärisuhde ja tasavertaisuuden eetos	253
Lääkärikunta eliittinä: medisiinarien tausta ja asenteet.	262
Naismedisiinarit – hiljainen vähemmistö?	270

4. Hiljainen tieto ja avoimuuden vaatimus – traditionväilytys murtuu?	275
Sukupolviasteetelmä karsintatavoite – puoluepolitiikka vai ammattikunnan kollegiaalisuus	275
Avoterveydenhuollon läpilyönti	286
Opintodemokratia vastauksena kritiikkiin ja vieraantumiseen	294
Identiteettikriisistä lääkärikoulutuksen uudistukseen	302
LOT, ihanteet ja todellisuus	309

V Johtopäätökset 316

1. Tradition kaari	316
2. Lääkärikoulutuksen yhteiskunnallistumisen ja modernisaation vuodet	318
Ammattikunnan kulttuuri, kutsumus ja sivistys osana medisiinarin identiteettiä	321
3. Hiljaisen tiedon rooli yliopistokoulutuksessa	324

Lähteet ja kirjallisuus 330

Liite 1. 350

Liite 2. 352

Liite 3. Lääketieteen opintojen rakenne ja tutkintovaatimukset eri aikoina. 354

Liite 4. Lääketieteen professorit 1930–1969.. . . . 356

Abstract

The doctoral thesis deals with the history of Finnish medical education from the viewpoint of medical students adopting a professional identity. The period studied is 1933–1969. It is a period of modernisation and enlargement in education, as well as scientific progress in medicine. In Finnish society there was a profound ideological change from a national and right-wing atmosphere of the interwar period to the welfare state of the 1960s led by centre and leftist parties. After the Second World War, society changed in terms of structures and political environment, as well as values and norms. With the economic growth the welfare state project progressed quickly. The political keywords of the era were regional stability, centralised planning, and equality. The development also touched upon medical education. When the public health-care system grew, the number of physicians was increased. Aims and contents of education also changed. The research shows that Finnish medical education became more professional, specialised and society-oriented in the period from the 1930s to the 1960s. The medical curriculum was shortened. The practical, clinical studies were given a higher priority. The orientation to society strengthened when more social and preventive medicine and work with patients outside hospitals were introduced in the end of the 1960s and in the beginning of the 1970s. Medical students strongly promoted this development all along the way.

The focus of the research is on medical students, who orientate to their future profession under their studies and adopt a professional identity. The research is based on qualitative analysis of historical source material. The main sources are protocols of the Faculty of Medicine at the University of Helsinki and magazines by the medical students' associations. In addition to the official curriculum, the education has disseminated tacit knowledge about studies, professional culture, and being a doctor. The high socio-economic background of medical students and their inherited cultural capital has made it easier to adopt tacit knowledge, which is seen as being both academic and professional. In the research, tacit knowledge is studied by sketching the ideal image of a

physician at different times. In the first half of the century this ideal was a free professional. The physician's profession was seen as a vocation with high moral and ethical values and close contact to patients. In the 1940s and the 1950s, the ideal was characterised by professional and scientific knowledge that was affected by new methods of diagnosing and healing. The growing specialisation also changed the image. In the 1960s, the ideal image of the physician was bound to the welfare state: the physician was a medical specialist and an active citizen in service to society. During the 1960s, traditionally conservative Finnish physicians and their culture was criticised by the younger, more liberal generation. The professional culture went through a profound change in terms of doctors' relationships to their patients, colleagues and society. In the research period, the professional culture and tacit knowledge about it became more visible, open, and pluralistic.

The profession of a physician has traditionally been among the most highly-respected in Finland. In the research period, the source of this respect was an image of the profession as a vocation with scientific and professional knowledge. However, this respect has also been connected to the role of Finnish intellectual elite that was aware of its responsibility in the development of their country. Despite all the changes, physicians shared the values and culture of the university-educated class. The medical-students associations played an important part in socialising medical students both to their profession and to their academic class.

I Johdanto

1. Lääkärikasvatuksen perinne

”Muistamme meidät kaikki medikofilareina, meluisana joukkiona, joka täytti maattis-luonnontieteellisen tiedekunnan luentosaleja. Numerus clausus oli juuri astunut voimaan, ja niin alkoi kollegiaalisuutemme alkukasvatus, jonka perusolemuksen kuului käyttää ennen kaikkea kyynärpäitä, mutta miksei joskus myös nyrkkejä. -- Keinoja ei kaihdettu, kunhan saavutettiin päämäärä: päästä niiden kahdenkymmenen ennakoitua määrätyn lääketieteellisen neron joukkoon, joille annettiin kunnia päästä tiedekuntaan. Knoppeja, preppausta, humbuugia ja gluteaaleja.”¹

Lääketieteen kandidaatti Kauko Nieminen kirjoitti Lääketieteenkandidaattiseuran *Medisiinari*-lehteen pakinaa nimimerkillä Kake II vuosina 1940–1944. Sodan loppupuolella, keväällä 1944 julkaistussa tekstissä Nieminen kuvailee opintojen kulkua tavalla, joka kiteyttää hyvin monia lääkärikasvatuksen piirteitä ja perinteitä. Yllä oleva lainaus kertoo ajasta, jolloin Nieminen pyrki lääketieteelliseen tiedekuntaan. Sisäänpääsyrajoitukset eli *numerus clausus* oli otettu käyttöön vuonna 1933. Niemisen kuvaus keinoista päästä tiedekuntaan pitää paikkansa – kilpailu oli kovaa². Viittaus kollegiaalisuuteen, lääkärikunnan ammattitoveruuden periaatteeseen on toki ironinen mutta samalla osuva: sisäänpääsyrajoituksista tuli vedenjakaja, joka erotti tiedekuntaan päässeet tulevat lääkärit rannalle jääneistä. Nämä onnekkait lääketieteen ylioppilaat saivat aloittaa prekliiniset opintonsa anatomian, fysiologian ja lääketieteellisen kemian parissa.

”Kun sitten olimme saaneet paperin, -- saimme luvan anoa tiedekuntaan ja aikoinaan sitten meille avattiin medisiinan ovet ja niin me hyökkäsimme kuin hyeenat tieteen kimppuun’. Kissanraadosta olimme jo niin paljon karaistuneet että uskalsimme nylkeä homo sapiensia --. ’Erikoistyöt’, kas siinä niiden aikojen tunnussana. Niitä tekivät muutamat jopa kolmessa paikassa yht’aikaa ja luulen, että jokaisesta tuntui siltä, että juuri hänen työnsä tulee tuomaan jotakin uutta ja ratkaisevaa esiin, jollei nyt juuri Nobel-palkintoa, niin ainakin jotain sinne suuntaan. Tunsimme viisas-

¹ Alaluvun lainaukset: Kake II, pakina: Tähtikuponkeja. *Medisiinari* 2/1944, 12–14.

² Kilpailusta myös mm. Kake II, pakina: Tähtikuponkeja. *Medisiinari* 4/1943, 11–13; Candidatus Cachecticus, pakina: Medisiinarin meditatiota. *Medisiinari* 3/1946, 16–17; Haunia Aarre: Miten lääkäripulasta päästäisiin. SLL 18/1960, 1009–1018.

tuvamme, jopa siinä määrin, että kun laina-frakissamme astuimme ensimmäiseen publiikkiimme, tuntui meistä siltä, että vähän voi meille enää olla vierasta medisiinan taipaleella.”

Prekliinisten opintojen käytännölliset työt ohjasivat lääketieteen maailmaan ja antoivat perustiedot ihmisen rakenteesta ennen siirtymistä potilaiden ja sairauksien pariin. Keskeinen osa opintoja olivat anatomian ruumiinavaukset, joissa medisiinarit pääsivät konkreettisesti näkemään ihmisen osat ruumiiden leikkelytöissä. Pakollisten harjoitusten lisäksi lääketieteen ylioppilailla oli mahdollisuus tehdä omia tieteellisiä ”erikoistöitä”. Prekliinisten opintojen päätteeksi suoritettiin lääketieteen kandidaattitutkinto, joka oli perinteisesti itsessään arvostettu arvo. Tutkinnon suorittanut saattoi käyttää tohtorin titteliä, vaikka kandidaatit eivät vielä olleet saaneet opinnoissaan kosketusta käytännön lääkärin työhön. Publiikkiin pukeuduttiin juhlavasti akateemisten perinteiden mukaisesti frakkiin. Suurin osa valmistuneista kandidaateista oli miehiä. Vielä 1930-luvulla Nieminen saattoi pakinassaan yleistää opiskeluaikaan osuvan armeijapalvelun koskemaan useimpia kandidaatteja:

”Koska meidät oli kasvatettu isänmaalliseen henkeen, -- kiiruhdimme muutaman nuoren ’tohtorina’ onnellisesti vietetyn päivän jälkeen parturiin, pyysimme hoviparturityttöämme lippaamaan ’peenän’ pois ja sitten sanoimme mammalle ja papalle hyvästi ja juoksimme ruotuvaen portista sisään. Täällä meille annettiin m/27 päällemme. Sitä ennen olimme kuitenkin oppineet erään toisen systeemin, jota voisimme merkitä esim. m/38/21, se oli nimeltään kladi, eli malli 38/järjestysnumero 21. Meidät oli liimattu medisiinarien joukkoon aivan tarkalleen määrätylle paikalle tällä merkinnällä. -- meidän kehnolle pohjasivistyksellemme annettiin RUK:ssa sen verran arvoa, että saimme millimetripaperille piirtää graafista käyrää komppanian sairastilanteesta tai sitten valvoa, että ’gurgungurlaus’ kävi lääketieteellisten sääntöjen mukaan. -- Mutta aikansa kutakin ja niin sitten nuhteettomasti palvelun ajan jälkeen meille lopetettiin päivärahahan maksu ja sanottiin, että olkaa hyvä, tota tietä pääsee kotiin.”

Tässä Nieminen viittasi kladijärjestykseen, joka oli merkittävä väline organisoida opinnot sujuvasti. Kladijärjestys ratkaisi, ketkä pääsivät kulloinkin klinikkapalvelukseen, jossa aloitti kerrallaan 40 kandidaattia. Kliinisessä vaiheessa medisiinarin opinnot sitten etenivät tarkasti tietyssä järjestyksessä oman kurssin kanssa, joka siirtyi yhtenä kokonaisuutena klinikalta toiselle. Nieminen kuvaa siirtymää kliinisiin opintoihin:

”Alkoι uusi vaihe kehityksessämme. Meidät ohjattiin elävän lääketieteen pariin. Tosin oppi-isämme heti aluksi peittelemättä toi julki kaiken sen, mitä hän arveli viisaudestamme ja me lyhyhistyimme pulpetin nurkkaan hieman häpeilevä hymy huulillamme ja ajattelimme: aivan niin herra professori, te luulette, että me luulemme, mutta se on kyllä aivan väärä luulo --. Niinä päivinä kävi Matliinilla kova kauppa eikä oikein tiedetty, kuinka monta valkoista takkia riittäisi aluksi. -- Tuskinpa tarvitsi Instru-

mentariuminkaan sinä päivänä tiliänsä väheksyä, sillä stetoskooppi poikineen meni kaupaksi, ensiksi tietenkin se puutorvi, joka ehdottomasti oli opettajiemme mielestä kaikkein paras --. Sitten tietysti se letkusemmonen, jota uskalsimme käyttää silloin, kun olimme yksin potilasta tutkimassa, koska semmosella kuunteleminen (vaikkemme sieltä kuulleetkaan ei sitten yhtään mitään) teki varmaan potilaaseen jonkin verran maagillisen vaikutuksen.”

Yliopistoklinikoille siirtyneet kandidaatit pukeutuivat nyt lääkärien asuun, valkoiseen takkiin, hankkivat lääkärin symbolin eli stetoskoopin ja aloittivat todellisen sosiaalistumisen tulevaan ammattikuntaansa. Nieminen itse valmistui kandidaatiksi vuonna 1939.³ Hänen kliiniset opintonsa katkaisi pian sota. Lääkärikoulutus jatkui kuitenkin poikkeusjärjestelyjen turvin. Nieminen kuvaa sota-ajan opintojärjestelyjä seuraavasti:

”Siitä se sitten alkoi ja niin vieräi aika eteenpäin ja yhä tyhmemmiksi tunsimme itsemme. Sitten alkoi tämä sota ja niin läksimme rinta pystyssä ja madonkuvat kaulassa (pystyasennossa) historiaa tekemään. -- Meni vuosi, puolet seuraavaa. Meidät kutsuttiin täydentämään opintojamme. Joku oli haavoittunut, joku ehkä kaatunutkin. Sodasta ei kukaan puhunut mitään. Olimme ja nautimme vain olostamme: olla niin kuin ennenkin. Taas soi sotatorvet. Sitten taas annettiin meille valoa tieteen aurinkosta. Oppi-isämme oli meidän tyhmyytemme takia niin epätoivoissaan, että menetti tajuntansa. Kun me pirun riivaamat laiskiaiset emme viitsineet harrastaa tiedettä Jsp:llä, vaikka siellä olisi ollut mainiosti aikaa. -- Ja niin pyörii ajan ratas yhä vinhempaa tahtia. Nimemme upeilee jo Salmenin ’väitöskirjassa’ osakuntamme kohdalla melkein heti kuraattorin nimen jälkeen. Olemme vanha civis. Perheellinen. Kuten kaikki muutkin ympäriltämme. Lapsiakin. Niin...”

”Salmenin väitöskirjalla” Nieminen viittasi yliopiston aktuaari A. W. Sallménin kokoamaan yliopiston luetteloon, johon ylioppilaat merkittiin osakunnittain siten, että ylimpänä oli osakunnan kuraattorin nimi ja sen perässä osakunnan jäsenet yliopistoon kirjoittautumisvuoden mukaisessa järjestyksessä. Kun lääkärikoulutus oli yliopiston pisimpiä opinteitä, kandidaatit olivat loppuvaiheessaan usein vanhimpia akateemisia kansalaisia eli *civiksiä*. Moni heistä olikin jo perheellinen suorittaessaan lääketieteen lisensiaattitutkinnon. Tämä tutkinto ja sen jälkeen lääkintöhallituksen edessä vannottu lääkärinvakuutus merkitsivät sitä, että lisensiaatti sai lailistetun lääkärin oikeudet ja saattoi aloittaa työskentelyn ammatissaan. Nieminen itse valmistui sodan jälkeen vuonna 1946, ja hänestä tuli myöhemmin silmätautien erikoislääkäri.

3 Niemisen tiedot tässä alaluvussa, ks. Suomen lääkärit 1972.

Tutkimuksen kohde: medisiinarista lääkäriksi

Tutkimuksen aiheena on lääkäriksi kasvaminen peruskoulutuksen aikana Suomessa 1930-luvun alusta 1960-luvun lopulle ja medisiinarien lääkäri-identiteetin muotoutuminen suhteessa yhteiskunnan aatteelliseen, kulttuuriseen ja sosiaaliseen kehitykseen. Tutkin lääketieteen opintoja ja medisiinarien kasvatusta yliopiston sivistyksellisestä ja ammatillisesta roolista sekä ammattikunnan perinteistä ja ihanteista käydyn keskustelun näkökulmasta. Tutkimuksen avainkäsite on hiljainen tieto. Sillä viitataan arvoihin ja ihanteisiin, jota opinnot, opettajat, toiset opiskelijat, ylioppilaskulttuuri sekä akateeminen ja aatteellinen ilmapiiri välittävät opiskelijalle. Koulutuksen tavoitteena on ensisijaisesti valmistaa lääkärin ammattiin. Samalla lääketiede on yliopistollinen tieteenala, ja lääkärikoulutus ilmentää yliopiston laajempia sivistyksellisiä tavoitteita. Lääkäriksi kasvamisessa ovat yhdistyneet käytännöllis-ammattilliset työnteon lähtökohdat ja akateemis-tieteellinen kulttuuri, jotka ovat painottuneet eri aikoina eri tavoin.

Tutkimuskysymykseni on, miten medisiinarit ovat kasvaneet tutkimusajanjaksoilla lääkäreiksi ja lääkärikunnan jäseniksi ja miten tämä kasvatus on muuttunut? Keskeinen tavoite on sijoittaa medisiinarien kasvatusprosessi osaksi yliopiston ja akateemisen kulttuurin sekä lääkärikunnan historiaa. Kasvatukseen ja koulutukseen liittyy kiinteästi käsite ihanne: koulutuksella on idealismin sävyttämiä, tietoisia ja tiedostamattomia, kirjattuja ja kirjoittamattomia tavoitteita. Historiallisesti näihin ihanteisiin sisältyi moraalisia ja sivistyksellisiä sekä yhteiskunnallisia ulottuvuuksia.⁴ Ammattikunnista tuli modernia yhteiskuntaa jäsentäviä ryhmiä, joihin alkoi liittyä julkisia, kollektiivisia mielikuvia ja ideaaleja.⁵ Medisiinarien kasvatuksessa ihanteet ovat liittyneet ideaalisen lääkärin ominaisuuksiin ja valmiuksiin, ammattikunnan kulttuuriin ja laajempaan akateemisen sivistyneistön omakuvaan. Pohjimmiltaan kysymys on lääkäri-identiteetin muodostumisesta. Tarkasteltaessa koulutuksen merkitystä tässä prosessissa on otettava kantaa siihen, ketkä medisiinareita oikeastaan ovat kasvattaneet. Näin tutkimuskysymys tarkentuu seuraavasti: mitä ja miten lääketieteellisissä tiedekunnissa välitettiin tutkimusajanjaksolla virallista ja hiljaista tietoa ja taitoja, jotka liittyivät ihanteellisen lääkärin ominaisuuksiin ja valmiuksiin sekä ammattikunnan ja akateemiseen kulttuuriin? Miten opiskelijoiden omat yhdistykset osallistuivat medisiinarien kasvatukseen ja ammattikuntaan sosiaalistamiseen? Miten yhteiskunnan rakenteelliset, aatteelliset ja sosiaaliset muutokset vaikuttivat koulutukseen?

Otsikossa kiteytyvät tutkimuksen rajat. Tutkimuskohteitani ovat lääketieteen opiskelijat eli medisiinarit ja lääkärikoulutus. Fokukseni on lääkäriksi kasvamisessa, jossa virallisen koulutusohjelman lisäksi hiljaisella tiedolla ammatin luonteesta

4 Näitä ulottuvuuksia on tarkastellut mm. Matti Klinge Helsingin yliopiston historiassa, ks. Klinge 1987, 1989 ja 1990; Yleisemmällä tasolla ihanteita käsitellään tai sivutaan Kasvatuksen ja koulutuksen historian monissa artikkeleissa, esim. Heikkinen ja Leino-Kaukiainen 2011, 14; Heikkinen 2011, 37, 70–72; Ikonen 2011, 234–236.

5 Lääkärin osalta ks. esim. Eklöf 2000.

sekä ammattikunnan ja akateemisen sivistyneistön kulttuurista on keskeinen rooli. Tutkimuksen aikarajaus vuosiin 1933–1969 mahdollistaa ammattikunnan kulttuurin ja kasvatuksen perinteiden ja muutosten analysoinnin. Ajanjakso on murroskautta, jonka aikana kiteytyneet prosessit ovat tuoneet hiljaista tietoa näkyväksi. Laajasti ottaen kyse on suomalaisen yhteiskunnan aatteellisen ja rakenteellisen modernisointia ajasta, jonka keskeisiä kehityskulkuja olivat maan vaurastuminen ja elintason nousu, hyvinvointivaltion luominen, koulutuksen kasvu, erikoistuminen ja ammatillistuminen, akateemisesti koulutettujen aseman muutos ja arvojen moninaistuminen. Poliittinen ja aatteellinen siirtymä sotien välisen ajan kansallismielisyydestä 1960-luvun jälkipuoliskon keskusta-vasemmistolaiseen hyvinvointivaltion aikaan näkyi niin ylioppilas- ja yliopistomaailmassa kuin koulutus- ja terveystaloudessa. Näin ollen on mahdollista tarkastella, miten lääkärin kasvatusta muuttui siirryttäessä autonomisen akateemisen perinnemaailman vuosikymmeniltä keskitetyn ja suunnitelmallisen korkeakoulupolitiikan aikakaudelle.⁶

Lääkärin koulutuksen ja medisiinarien toiminnan suhde laajempiin yhteiskunnallisiin ja ammattikunnan kulttuurin muutoksiin on dynaaminen, ja vaikutteita on välittynyt molempiin suuntiin. Tutkin lääketieteen perustutkinnon rakenteiden kehitystä, opintoihin ja lääkäri-identiteettiin liitettyjä ammatillisia ja sivistyksellisiä ihanteita sekä hiljaisen tiedon välitystä. Kuvaan aiheen kannalta keskeisiä lääkärin työn sekä koulutus- ja terveystalouden muutoksia. Tuon esille medisiinarien opiskelijakulttuurin muotoutumista ja siinä tapahtuneita muutoksia sekä suhteutan medisiinarikulttuuria ylioppilasperinteisiin ja ammattikunnan traditioihin, joista molemmista lääkäriopiskelijat omaksuivat piirteitä. Lisäksi käsittelen opiskelijoiden sosiaalista taustaa ja sen vaikutuksia opiskeluun ja ammattikuntaan sosiaalistumiseen. Vaikka tutkimuskohteena on ammattikunnan ”ryhmäkulttuuri”, tämä ei tarkoita yksilöiden huomiotta jättämistä. Pikemminkin on niin, että ryhmäkulttuuria analysoivat, kehittävät ja sitä kyseenalaistavat yksilöt voivat tuoda aivan erityisellä tavalla esille tämän kulttuurin piirteitä.

Tutkimuksen keskeiset toimijat ovat lääketieteen ylioppilaat ja kandidaatit, heidän opettajansa, lääkärikunta ja yhteiskunta. Tutkimus on rajattu lääketieteen peruskoulutukseen, jonka suorittuaan medisinari valmistuu lääketieteen lisensiaatiksi ja saa oikeudet toimia yleislääkärinä. Tutkimuksen ulkopuolella on samassa tiedekunnassa annettu odontologian eli hammaslääketieteen koulutus sekä lääkärin jatko- eli erikoiskoulutus, joka ei tutkimusajanjaksolla ollut yliopistollista koulutusta. Koska erikoistuminen yleistyi kuitenkin voimakkaasti tarkasteluajanjaksolla, sitä sivutaan silloin, kun asialla on merkitystä peruskoulutuksen kehitykselle ja lääkärin kasvamisen ihanteille. Tutkimuksen toinen toimija on opettajakunta eli lääketieteellisten tiedekuntien professorit ja muut opettajat mutta myös yliopisto laajemmin. Tutkimuksessa tuodaan esille opetusmenetelmien ja opintojen rakenteiden yliopistollisia kerrostumia sekä yleistä akateemista keskustelua ja ilmapiiriä. Kolmas toimija on ammattikunta, jonka kulttuuri on ollut keskeinen osa lääkärikasvatusta hiljaista tietoa ja joka on osallistunut koulutuksen ihanteiden

6 Korkeakoulutuksen muutoksesta ks. esim. Klinge 1990, Jalava 2012 ja Eskola 2002.

määrittelyyn. Lisäksi käytännön lääkärit ovat olleet mukana kandidaattien kasvattamisessa kliinisissä opinnoissa, harjoitteluissa ja opiskeluaikaisissa työpaikoissa. Neljäs toimija, yhteiskunta viittaa sekä laajasti ottaen kansalaisiin että tarkemmin rajaten poliittisiin ja hallinnollisiin toimijoihin, joista lääkärikoulutuksen kannalta keskeisiä ovat olleet poliittiset päättäjät, lääkintöhallitus ja opetusministeriö. Eri vaiheissa merkitystä on ollut myös muilla yhteiskunnallisilla keskustelijoilla esimerkiksi terveyspolitiikassa.

Tutkimukseni ajallinen lähtökohta on 1930-luvun alussa, jolloin yliopiston ammatillisen suuntauksen voimistuminen ilmeni lääketieteellisessä tiedekunnassa sisäänpääsyn rajoittamisena ja lääketieteen kandidaattien omien yhdistysten perustamisena. 1930-luvun alusta lähti liikkeelle kehityslinjoja, jotka muodostavat kaaren 1960-luvun lopulle asti siten, että lääkärikoulutuksen historiassa vaihe erottuu sitä edeltävästä ja seuraavasta ajasta. Ensinnäkin tämä näkyy koulutuksen rakenteissa: 1930-luvun lopulla aloitettu uudistus toteutui vuonna 1945, jonka jälkeen rakenne pysyi pääpiirteissään samanlaisena 1970-luvulle saakka. Paineet uudistuksiin lääketieteen tutkinnoissa ja opetusmenetelmissä sekä koulutuksen tavoitteissa kasvoivat 1950-luvulta lähtien ja tuottivat 1960-luvun lopulla uuden käsityksen ihanteellisesta koulutuksesta.⁷ Toiseksi ajanjaksolle osuu koulutuksen laajeneminen. Uusia tiedekuntia perustettiin vuonna 1943 Turun yliopistoon ja vuonna 1960 Oulun yliopistoon. Molempien uusien tiedekuntien toiminnan käynnistymisvaihe oli pitkä. Lisäksi suomalaisopiskelijoita alettiin lähettää lääkärikoulutukseen ulkomaille. 1960-luvun jälkipuoliskolla käynnistettiin prosessit, joiden myötä lääkärikoulutus alkoi vuonna 1972 Tampereen yliopistossa ja Kuopion korkeakoulussa. Koulutusmäärän voimakkain kasvuvaihe ajoittuu vasta 1970-luvulle. Tutkimusajanjaksolla medisiinarikunta on ollut miesenemmistöinen lukuun ottamatta sotavuosien tilastoissa näkyvää naisopiskelijapiikkiä. Tämäkin muuttui 1970-luvun alussa, jolloin naisten osuus nousi nopeasti yli 50 prosenttiin uusista opiskelijoista.⁸ Tutkimuksen painopiste on Helsingin yliopiston lääketieteellisessä tiedekunnassa, jossa suurin osa lääkäreistä koulutettiin koko tutkimusajanjakson ajan.

Myös ylioppilaskulttuurissa voi hahmottaa kehityskaaren 1930-luvulta 1960-luvun lopulle. Kandidaattiseurojen perustamisesta alkoi niiden kasvun aika, joka näkyi erityisesti sodan jälkeen seurojen muuttumisena suuriksi ja voimakkaiksi opiskelijayhteisöiksi. Niistä tuli medisiinareiden akateemis-ammattillista kasvatus- ja edistäneitä sosiaalisen toiminnan ympäristöjä ja opiskelijoiden edustajia tiedekuntien suuntaan. Nämä suuret tiedekuntajärjestöt omaksuivat osakuntapohjaisen ylioppilaskulttuurin. Yhtenäisyys ja traditiomaailma murtuivat 1960-luvun lopulla opiskelijajärjestöjen polarisoituessa aatteellisesti ja puoluepoliittisesti. Vuosikymmenen vaihe merkitsi akateemisten traditioiden, tapakulttuurin ja opiskelijaidentiteetin murrosta ja uuden ajan alkua.⁹ Samansuuntainen kehityskulku koskee jossain määrin myös ammattikunnan kulttuuria, jonka yhtenäisyyden moniarvoistuminen ja poliittisuus haastoivat 1960–1970-luvun vaihteessa.

7 Esim. Järvinen 1985, 1–2.

8 Nevala 1999, 122; Ks. myös tämän tutkimuksen liitteet 1 ja 2.

9 Kolbe 1996, 379, 382, 387–390.

Tutkimuksen päätepiste on vuodessa 1969, ja tärkeä vedenjakaja on tuolloin aloitettu mutta pitkään pohjustettu opintouudistus. Lääketieteen opintouudistustoimikunnan (LOT) mietinnön ilmestyminen vuonna 1971 ja siitä alkanut tutkinnon-uudistusprosessi aloittavat uuden ajan suomalaisen lääkärikoulutuksen historiassa. Tästä voi hahmottaa kehityskaaren 1990–2000-luvun vaihteen opintouudistuksiin asti.¹⁰ Vaikka jatkuvuuttakin toki on, lääkärikoulutuksen kehitys 1970-luvulta lähtien vaatisi nähdäkseni toisen tutkimuksen. Sen vuoksi väitöskirjani on rajattu nimenomaan opintouudistuksen kynnykselle, ja käyn sitä tutkimuksen lopussa vain pintapuolisesti läpi. Väitöskirjassani on kolme tutkimuslukua, joista ensimmäinen kattaa suunnilleen vuodet 1933–1944, toinen vuodet 1945–1958 ja kolmas vuodet 1959–1969. Pääsääntöisesti kyse on selkeistä murroskohdista, vaikka monet prosessit limittyvät ja lomittuvat ajallisesti.

2. Tutkimuksen näkökulma: yliopiston kasvatustehtävä ja hiljainen tieto

Tutkimus on yliopisto-opetuksen ja akateemiseen ammattiin kasvamisen sekä lääketieteen opiskelijakulttuurin historiaa. Samalla yhden opiskelijaryhmän tarkastelu avaa laajemmin suomalaisen akateemisesti koulutetun eliitin maailmaa. Tutkimus-ajanjakso on yhteiskunnan syvällisen muutoksen aikaa niin aatteellis-poliittisesti kuin rakenteellisesti ja sosiaalisesti. Tutkimusotteeni on kulttuuri-, tarkemmin ottaen aatehistoriallinen, ja siihen sisältyy myös sosiaalihistoriallisia elementtejä. Tutkimuksen keskiössä ovat sellaiset kulttuurisen ”syvärakenteen” merkityssisällöt, kuten aatteet, perinteet, ajatukset, käsitykset ja ihanteet.¹¹ Tarkastelen lääkärikoulutusta ja lääketieteen kulttuuria kulttuurisina ja aatteellisina prosesseina niin jatkuvuuksien kuin murrosten kautta.

Suomessa oikeus harjoittaa lääkärin ammattia sidottiin jo varhain yliopistolliseen koulutukseen. Lääkärikunta on ollut akateeminen ammattikunta, joka on jakanut suomalaisen sivistyneistön aatteellisen asennoitumisen ja korkean sosiaalisen aseman. 1800-luvulta asti koulutus on toiminut väylänä ylempiin luokkiin, ja akateemisesti koulutetut lääkärit kohosivat arvostettuun asemaan yhteiskunnan tuella ja tieteen kehityksen myötä.¹² Yliopiston kehittyminen kansakunnan henkisen ja kulttuurisen ilmapiirin johtavaksi ilmentymäksi, kansalaiskasvatuksen keskuksiksi, ja yhteistä hyvää edistävän tieteellisen tiedon tuottajiksi merkitsi akateemisille kansalaisille erityisiä velvoituksia.¹³ Ne palautuivat yliopiston kasvatustehtävään, joka määriteltiin sittemmin vuoden 1923 yliopistolaissa seuraavasti: *”Yliopiston tehtävänä on edistää vapaata tutkimusta ja tieteellistä sivistystä Suomessa sekä kehittää*

¹⁰ Aalto 2010, 144–146; Tämä tulee hyvin esille esimerkiksi Turun yliopiston lääketieteen vuosien 1989–1993 opintouudistusta käsittelevästä väitöskirjasta, ks. Vainiomäki 1995, 13–16, 30–35.

¹¹ Syvärakenne on Michel Foucaultin käsite, jonka piiriin lasketuista ilmiöistä hän on käyttänyt myös muita käsitteitä, ks. esim. Immonen 2001, 20–23 ja Hakosalo 2014, 441–442.

¹² Aalto 2010, 61; Tiitta 2009, 16–19; Konttinen 1991, 149–158.

¹³ Esim. Klinge 1989, 514–515, 539, 631–633; Jalava 2012, 21–25; Ketonen 1964, 13–21.

*sen nuorisoa kykeneväksi palvelemaan isänmaata.*¹⁴ Laki noudatti tältä osin yliopiston vuoden 1828 statuuttien muotoilua, mutta kasvatusta ja sivistystehtävä sisältyi jo vuonna 1640 perustetun Kuninkaallisen Turun Akatemian perusolemuksen.¹⁵ Tarkempaa sisältöä tehtävälle hahmotteli erityisesti filosofi J. V. Snellman, jonka mukaan yliopisto-opintojen tuli luoda ylioppilaalle kyky tradition sisäistämiseen ja kyseenalaistamiseen, itsenäiseen tieteelliseen työhön ja omaehtoiseen ajatteluun. Sivistys ei ollut vain oppineisuutta vaan kykyä ottaa osaa yhteiskunnan kehittämiseen.¹⁶ Tämän aatteen mukaisesti yliopistosta valmistuttiin virkamiehiksi ja vapaiden ammattien harjoittajiksi puitteissa, joissa korostui korkea moraali ja velvollisuus toimia kansakunnan–isänmaan–yhteiskunnan hyväksi.

Yliopistossa jatkuvuus ja murros ovat jatkuvassa liikkeessä. Niiden dynamiikka muodostuu vanhemman sukupolven akateemisten opettajien ja nuoren, jatkuvasti uudistuvan opiskelijakunnan välisessä vuorovaikutuksessa sekä tieteellisen työn logiikassa tradition sisäistämisestä ja kyseenalaistamisesta. Näin suomalaisenkin yliopiston olemukseen on kerrostunut eri aikoina erilaisia elementtejä. Esimerkiksi kulttuurisen sivistysperinnön välittäminen on ollut keskeistä alusta lähtien, kun taas moderni tutkimusyliopisto syntyi 1800-luvun jälkipuoliskolla. Keskeinen jännite on liittynyt kysymykseen opetuksen ja tutkimuksen tavoitteista, mutta itseisarvoisen sivistyksen ja yhteiskunnallisen hyödyn asteikolla suomalainen yliopisto on aina ollut sidoksissa valtioon ja sen koulutuksellisiin tarpeisiin. Yliopisto ja ylioppilaat ovat olleet kiinteässä yhteydessä ympäröivään yhteiskuntaan ja sen muutosprosesseihin. Yliopiston autonomia ei ole merkinnyt irrallisuutta vaan itsenäistä ja suorastaan johtavaa roolia yhteiskunnan rakentamisessa koulutuksen ja tutkimuksen avulla.¹⁷

Suomalainen lääkärikoulutus on jäsentynyt niiden traditioiden ja muutosten kentässä, joita yliopisto opettajineen ja oppilaineen, lääketiede, lääkärien ammatikunta ja yhteiskunta ovat kulloinkin tuottaneet. Koulutuksen lähtökohta on ammatillinen: valmistaa lääkäreitä toimimaan työssä, jonka ydin on sairauksien parantamisessa ja terveyden edistämisessä. Lääkärikoulutus on välittänyt lääketieteeseen ja työhön liittyviä tietoja, taitoja ja käsityksiä. Virallisen opintosuunnitelman lisäksi on välitetty niin sanottua hiljaista tietoa, jonka sisäistäminen on keskeistä lääkäriksi kasvamiselle. Hiljaisen tiedon määritelmiä on useita erilaisia. Käsitteen on alun perin luonut yhteiskuntatieteilijä-filosofi Michael Polanyi, joka oli taustaltaan lääkäri. Polanyin perusajatus on, että tieto jakautuu hiljaiseen (*tacit*) ja näkyvään (*explicit*), mutta myös näkyvä tieto pohjautuu hiljaiseen tietoon.¹⁸ Polanyin ajattelua tutkinut ruotsalainen filosofi Bertil Rolf on pohtinut hiljaista tietoa osana henkilökohtaista tietoa ja traditiota. Hiljaisen tiedon voi määritellä sisältävän tietoa arvoista, normeista ja valmiuksista – esimerkiksi käsityksiä siitä, mikä

¹⁴ Suomen asetuskokoelma: n:o 191, 1923.

¹⁵ Klinge 1987, 65–66, 95–104, 486–501; Klinge 1989, 95.

¹⁶ Snellmanin kirjoitus Akateemisesta opiskelusta, esim. Kantasalmi (toim.) 1990, 70–99; Myös Klinge 1989, 416–417.

¹⁷ Jalava 2012, 13, 15–27; Kolbe 1998, 181; Kolbe 1996, 7–12; Klinge 1987, 10–11; Klinge 1989, 393.

¹⁸ Polanyin ajattelusta tarkemmin ks. esim. Polanyi 1966.

on tärkeää, tarpeellista, hyödyllistä ja tavoiteltavaa sekä miten eri tilanteissa tulee toimia. Hiljainen tieto ei aina ole sanoitettavissa. Siinä sekoittuu kulttuurinen taso eli traditio ja henkilökohtainen, kokemuksellinen taso. Rolf katsoo, että Polanyilla ”hiljaisuus” viittaa siihen tapaan, jolla tietoa haetaan ja käsitellään. Rolfin mukaan koulutus voi tuottaa ammatillista osaamista lähinnä silloin, kun koulutusympäristö tarjoaa suunnilleen samanlaisen sosiaalisen ammattiaseman kuin työelämä. Juuri lääkärikoulutuksessa näin jossain määrin on: koulutusympäristö tarjoaa mahdollisuudet välittää mestari-kisällisuhteessa hiljaista kulttuurista tietoa ja traditioita sekä lääkärin työn ”käsityötaitoa”.¹⁹

Sosiologi Harry Collinsin mukaan hiljaista tietoa on olemassa kolmea tyyppiä: ensinnäkin hiljainen tieto voi olla heikkoa, relationaalista tietoa. Sen hiljaisuus ja välittymisen mahdollisuus liittyy sattumanvaraisuuteen ihmisten välisissä suhteissa. Tällainen hiljainen tieto on mahdollista muuttaa näkyväksi, kielelliseen ja käsitteelliseen muotoon esimerkiksi muuttamalla yhteisön tai organisaation toimintatapoja. Toiseksi on keskivahvuista, somaattista hiljaista tietoa, joka on fyysistä, ihmisen aivo- ja ruumiintoimintaan liittyvää ja jota ilmentää esimerkiksi pyörällä ajamisen taito. Kollektiivinen hiljainen tieto on tietoa vallitsevasta kulttuurista ja yhteiskunnasta, ja se on luonteeltaan vahvinta tai hiljaisinta. Collinsin mukaan emme pysty kuvailemaan, miten yksilö omaksuu kollektiivista hiljaista tietoa, mutta voimme kuvailla olosuhteita, joissa sitä omaksutaan. Hiljaisen tiedon luonne on sidoksissa oppimisprosessiin, jossa tieto välittyy. Collinsin mukaan koulutuksessa on enemmän kyse sosialisatiosta hiljaiseen tietoon erilaisista ajattelu- ja toimintatavoista kuin vain informaation tai ohjeiden välittämisestä.²⁰ Collinsin luokittelu auttaa ymmärtämään sitä, että hiljainen tieto voi myös tulla näkyväksi ja se on myös sanallistettavissa, mutta kaikkea hiljaista tietoa ei ole mahdollista muuttaa näkyväksi.

1910-luvulla amerikkalaisen lääkäri- ja korkeakoulutuksen kehittämisen uranuurtajaksi noussut Abraham Flexner on todennut, että lääkärikoulutuksessa on enemmän kyse koulutuksesta kuin lääketieteestä.²¹ Nähdäkseni näkemyksessä painottuu juuri sosialisatiion merkitys koulutuksessa varsinaisen tietosisällön yli. Toisaalta asian voi käsittää niin, että lääkärikoulutusta ei voi rakentaa ainoastaan tieteen kehityksen pohjalta, vaan siihen liittyy aina ammatillisia, yhteiskunnallisia ja pedagogisia näkökulmia. Olen rajannut tutkimukseni tarkastelemaan nimenomaan ammattiin kasvamista eli sosialisatiota, joka merkitsee lääkäri-identiteetin muotoutumista kollektiivisella tasolla. Rajaukseni merkitsee, että en käsittele juurikaan lääketieteen kehitystä ja eri oppiaineiden tietosisältöä. Lääketieteen kehitys ja siihen liittyvän hiljaisen tiedon tutkiminen olisi edellyttänyt toisentyypistä ai-

19 Rolf 1995, 13–14, 27–29, 62–67, 96–97, 127, 130–131, 137.

20 Collins 2010, 1–12, 85–138.

21 Lionel Whitby toteaa avauspuheessaan ensimmäisessä lääketieteen koulutuksen maailmankonferenssissa: ”Abraham Flexner said that medical education was not so much a matter of medicine as of education.” Whitby, Lionel: The Challenge to Medical Education in the second half of the twentieth century. First World Conference on Medical Education. President’s Address. BMJ Aug. 29, 1953, 451–454.

neistoa.²² Esimerkiksi yhteiskuntatieteissä Raija Nurminen on tutkinut intuitiota ja hiljaista tietoa hoitotyössä 2000-luvulla. Nurminen määrittelee intuition välineeksi muuntaa hiljaista tietoa käsitteelliseksi, mikä tuottaa hoitajille kokonaisvaltaista tietoa potilaan tilasta.²³ Määritelmässä korostuu henkilökohtainen ja työn prosessiin liittyvä hiljainen tieto, jota tässä tutkimuksessa ei käsitellä.

Sen sijaan tutkimuksessani painottuu Bertil Rolfin ajatus hiljaisen tiedon traditio- ja kulttuurisidonnaisuudesta. Viittaan hiljaisella tiedolla kollektiiviseen tietoon, ihanteisiin ja arvoihin, joka liittyvät lääkärin ammatin harjoittamiseen, lääkäri-identiteettiin ja ammattikunnan kulttuuriin. Ihanteissa ja arvoissa on lähtökohtaisesti paljon kulttuurisia ja historiallisia kerrostumia. Lääkärikoulutuksessa on välitetty sekä ammatillista että akateemista hiljaista tietoa, mutta nämä kieoutuvat monin tavoin yhteen: lääkärikunnan yhteinen kulttuurinen tieto sisältää kaikille akateemisille aloille yhteisiä elementtejä. Käsite ammattikunnan kulttuuri viittaa yhteisiin eettisiin arvoihin ja kollegiaalisuuden periaatteisiin ja toimintatapoihin sekä ihanteelliseen lääkärikuvaan, joka on perustunut muun muassa idealistiseen näkemykseen ammatin kutsumusluonteesta ja sen humanistisesta perinnöstä, ammatillisen vapauden eetokseen, sitoutumiseen akateemisen sivistyneistön tehtäviin sekä ammatin arvostettuun asemaan liittyvään, ”säädynmukaiseen” elämäntapaan.²⁴ Collinsin luokittelua käyttäen tämä hiljainen tieto on muutettavissa näkyväksi suotuisissa olosuhteissa. Se on materialisoitunut murroskohdissa, joissa ammatti-identiteetti ja ammattikunnan kulttuuri ovat tulleet syvällisen pohdinnan kohteiksi. Näin ollen hiljainen tieto on myös muuttuvaista. Yleisemmät yhteiskunnalliset, aatteelliset, poliittiset ja sosiaaliset murrokset ovat muokanneet ihanteita, ammattikunnan ja medisiinarikulttuuria sekä sitä myöten koulutuksen tavoitteita. Oleellista on, että hiljaisen tiedon luonne traditionaalisenä tietona merkitsee sitä, että muutokset siinä tapahtuvat vähitellen ja kerroksittain.

Lääketieteen historioitsija John C. Burnham on kuvannut lääkärin ihannekuvaa käsitteellä ”*the spirit of professionals*”.²⁵ Ruotsalaisia lääkäreitä tutkinut historioitsija Motzi Eklöf kutsuu tätä henkeä lääkärin eetokseksi, joka on jaettu käsitys ”hyvästä” lääkäristä. Tärkeää on perinteisiin nojautuva tieto, jota välitetään sukupolvelta toiselle ja joka koskee identiteettiä, ideaaleja, ideologisia tavoitteita ja asemaa yhteiskunnassa. Eklöf katsoo, että etiikka – sekä kirjoitettu että kirjoittamaton – on keskeinen osa lääkäri-identiteettiä ja eetosta. Lääkärikuntaan ja sen normeihin sosiaalistuminen on vähintään yhtä tärkeää kuin lääketieteellisen tiedon ja taitojen omaksuminen.²⁶ Sosiaalistuminen tapahtuu opiskeluaikana, ja se merkitsee kasvamista lääkärin rooliin ja ammattikunnan kulttuuriin. Näitä koskevia asioita on välitetty opetuksessa hiljaisena tietona mutta myös tiedostetusti osana virallista

22 Vaikka muistelmassa (esim. Aché 1993) silloin tällöin kuvataan lääketieteen kulloisiakin virtauksia opetuksessa, aineistoni ei juurikaan avannut lääketieteellistä ja käytännön toimenpiteisiin liittyvää hiljaista tietoa.

23 Nurminen 2000, 18, 22–24, 26–27, 30–35.

24 Eklöf 2000, 13; Aalto 2010; Taustaa myös mm. Becker, Geer, Hughes ja Strauss 2007 (1961), 70–72; Nyström 2010(b), 239–241; Lægekultur og kollegialitet 2002, 9, 43–44; Kauttu 1983, 10–12.

25 Burnham 1998, 176–179.

26 Eklöf 2000, 13–14, 184, 269, 345.

opinto-ohjelmaa täydentävää kasvatustoimintaa. Paula Vainiomäki on luetellut sosiaalistumisprosessin oleellisia kohtia: opiskelijavalinta ja siihen valmentautuminen, initiaatoriitit kuten ruumiinavaukset sekä erilaiset testitilanteet. Symbolien käytön (lääkärin valkoinen takki), lääketieteellisen kielen, lääkärin käyttäytymistapojen ja ammattikunnan ”moraalisysteemin” omaksuminen on rakentanut identiteettiä.²⁷

Tässä prosessissa opettajien esimerkin seuraaminen kliinisessä vaiheessa ja identiteetin peilaaminen roolimalleihin on ollut keskeistä. Näin esille nousevat esikuvat ja esimerkit. Motzi Eklöf on tutkinut esikuvien merkitystä hyvän, arvonmukaisen lääkärin ideaalin välittämisessä. Hyvän lääkärin ideaali on muuttunut aikojen kuluessa, mutta ammattikunnan kulttuuriin on kuulunut kiinteänä osana ideaalin ylläpitäminen ja siihen viittaaminen. Ideaalikuva on rakentunut tradition varaan, jota on välitetty aina uusille lääkäripolville. Traditioiden välittämisessä keskeisiä henkilöitä ovat olleet ennen kaikkea yliopiston professorit ja muut opettajat, joiden tehtävänä on ollut toimia esikuvina ja ideaalityyppeinä. Eklöf on huomauttanut, että niinä aikoina, jolloin ruotsalaiset lääkärit ovat puhuneet ammattikunnan kriisistä, identiteettiongelmista ja arvostuksen alenemisesta, esille on nostettu yleensä ”suuret persoonat”, esikuvat menneiltä ajoilta muistuttamaan lääkärin velvollisuudesta toimia ammatinsa arvon mukaisesti.²⁸

Hiljaisen tiedon merkitystä osana yliopisto-opintoja on sivuttu tutkimuksissa aiemminkin. Kansatieteilijä Leena Paaskoski on tutkinut metsänhoitajien ammatikunnan rakentumista. Monet Paaskosken huomiot metsänhoitajien ammattiin kasvamisesta ovat siirrettävissä medisiinarien maailmaan. Metsänhoitajat esimerkiksi oppivat teoriaa yliopistossa ja käytäntöä opintoihin kuuluvassa harjoittelussa sekä opiskeluaikaisissa työ- ja harjoittelupaikoissa – medisiinareilla käytäntö on ollut kiinteämpi osa opintoja mutta tilanne on muuten sama. Paaskoski katsoo ammattiperinnön ja koulutuksen muodostavan metsänhoitajien ammatillisen ja ammattikunnan kulttuurisen pääoman: se toimi ”ammattikunnan yhteisenä nimittäjänä”, oli osin tiedostettua ja osin tiedostamatonta ja koostui ”amatillisista opeista ja taidoista, jopa taipumuksista” sekä ”ennen kaikkea tavoista ja perinteistä, arvoista ja arvostuksista, kokemuksista, käsityksistä itsestä, omasta ammattikunnasta ja ammattikunnan tehtävistä”.²⁹ Ruotsalainen etnologi Katarina Ek-Nilsson on korostanut tutkimuksessaan diplomi-insinööreistä opiskeluaajan ja opiskelijaelämän merkitystä yhteisen ammatillisen identiteetin muodostumiselle. Ek-Nilsson liittyy hiljaiseen tietoon myös kotikasvatuksen ja yhteisöllisyyden työelämässä.³⁰

Sosiaalitieteiden väitöstutkimuksessaan Oili-Helena Ylijoki on määritellyt opiskelijat tieteenalojen eli akateemisten heimojen noviiseiksi, ”joiden on sisäistettävä alansa piilotietämys virallisen opetusohjelman ohella päästäkseen heimonsa täysivaltaisiksi jäseniksi”.³¹ Korkeakoulututkija Tony Becherin akateemisen heimon

27 Vainiomäki 1995, 18–20.

28 Eklöf 2000, 265–267.

29 Paaskoski 2008, 9–13, 78–79.

30 Ek-Nilsson 1999, 15, 25.

31 Ylijoki 1998, 130.

käsite viittaa yliopistollisten oppiaineiden erilaisiin kulttuureihin.³² Akateemisessa kulttuurissa on useita tasoja. Oili-Helena Yljoen mukaan yleiselle tasolle kuuluvat koko yliopistossa jaetut arvot, normit ja toimintatavat sekä yliopistolle määritellyt tehtävät ja käsitykset sen olemuksesta.³³ Eri tieteenalojen tai oppiaineiden kulttuureille on ominaista oma sosiaalinen elämäntapa, omat käyttäytymismuodot ja eettiset koodit: tavoitteet, toimintamuodot, puhetavat, arvostukset, uskomukset ja rituaalit. Tätä heimokulttuuria välitetään noviiseille eli uusille opiskelijoille, jotka sosiaalistetaan ja jotka sosiaalistuvat oman akateemisen heimonsa jäseniksi.³⁴ Akateemisen heimokulttuurin käsitettä voi soveltaa myös ylioppilaiden yhteisöihin, joista Suomessa keskeisiä ovat olleet maakunnalliset osakunnat, alakohtaiset tiedekunta- ja ainejärjestöt sekä killat ja (puolue)poliittiset yhdistykset.³⁵

Näitä käsitteitä soveltaen voi todeta, että lääketieteelliset tiedekunnat ovat jakaneet yleisen yliopistokulttuurin piirteet ja tiedekunnissa on lisäksi oma heimokulttuurinsa, jossa sekoittuvat akateeminen ja ammatillinen kulttuuri ja jota välitetään osin hiljaisena tietona. Ylijoki jakaa tiedekunnan kulttuurin opetuksen ja opintojen maailmaan, tutkimuksen maailmaan sekä medisiinarien yhteisölliseen toimintaan. Tiedekunnan maailma on vuorovaikutuksessa laajemman yliopistoyhteisön kanssa. Opintojen maailmaan liittyy julkilausumaton perinnetietous, jota opiskelijat sisäistävät opetuksen ja ohjauksen ohella. Tällaista hiljaista tietoa ovat laitoksen käytännöt ja opiskelutavat, ja opiskelijoille on Yljoen mukaan tärkeää oppia tulkitsemaan ja käyttäytymään oikein eri tilanteissa.³⁶ Tästä on käytetty myös käsitettä ”piilo-opetus suunnitelma”, joka liittyy koulutussosiologi Sakari Aholan ja Nina Olinin mukaan yliopistossa opittuihin asenteisiin, arvoihin, vuorovaikutussuhteisiin, sosiaalisiin taitoihin ja toimintatapoihin. Piilo-opetus suunnitelma sisältää tietoa tieteenalan ja ammatin ajattelu- ja toimintatavoista, opiskelussa selviytymisen strategioista ja opiskelutekniikasta.³⁷ Piilo-opetus suunnitelmaa voi pitää sellaisena hiljaisena tietona, jonka on mahdollista muuttua näkyväksi.

Ranskalaisen sosiologi Pierre Bourdieun mukaan yliopiston piilo-opetus suunnitelman omaksumista edesauttaa riittävä kulttuuripääoma ja sopiva habitus, joita korkea sosiaalinen tausta antaa. Bourdieun käyttämä kulttuuripääoman käsitekin liittyy tavallaan hiljaiseen tietoon: se on kulttuurisia traditioita ja rituaaleja sekä kielellisiä valmiuksia, jotka akateemisen kodin ilmapiirissä on omaksuttu ja joiden hallitseminen helpottaa etenemistä yliopistomaailmassa. Kulttuuripääoman on katsottu auttavan sopeutumaan akateemiseen kielenkäyttöön, käyttäytymiseen ja opiskelijakulttuuriin – ja tuottavan näin myös sosiaalista pääomaa. Bourdieu on katsonut koulutuksen uusintavan yhteiskunnan eliitin valtaa ja vaurautta, kun

32 Becher 1989.

33 Esimerkkejä tästä ovat sivistystä, totuutta ja kriittisyyttä ilmentävät määritelmät sekä 1800-luvun saksalaiseen, ns. humboldtilaisen sivistysyliopiston ideaan liitetyt arvot. Ylijoki 1998, 37; Ns. humboldtilaisen sivistysyliopiston ideaalista ks. esim. Anderson 2004, 3, 51–59; Suomen osalta ks. esim. Klinge 1989, 46–51 ja Jalava 2012, 24–25.

34 Ylijoki 1998, 24–26, 55–62, 67–68, 72, 215–217; Becher 1989, 152–158.

35 Esim. Kolbe 2014, 145–158.

36 Ylijoki 1998, 72–73.

37 Ahola ja Olin 2000, 3–11; Myös Ahola 1995, 32–33.

koulutus sekä edellyttää että tuottaa kulttuuripääomaa.³⁸ Tämä käsite sopii hyvin medisiinareihin, sillä suurin osaa suomalaisista lääketieteen opiskelijoista on ajanjaksolla tullut ylimmistä yhteiskuntaluokista.

Lääkärikoulutus ja -ammatti ovat myös tuottaneet korkean yhteiskunnallisen aseman. Ammatin korkeaa arvostusta, yhteiskunnallista merkittävyyttä ja taloudellisesti edullista asemaa on kuvattu käyttämällä statusalan tai statusprofession käsitettä. Näin on mahdollista ryhmitellä akateemisia aloja ja tuoda esille niiden välisiä eroja. Historioitsija Arto Nevala on määritellyt statusaloiksi oikeustieteen, teknillistieteellisen koulutuksen, kauppatieteet, lääketieteen ja eläinlääketieteen. Nevalan mukaan statusalojen piirteitä ovat olleet muun muassa koulutukseen pääsyn rajaaminen varhain, opintojen selkeä ammattisuuntautuneisuus, alojen korkea yhteiskunnallinen asema ja opiskelijoiden yläluokkainen sosioekonominen tausta. Lääketieteen opiskelijoiden tausta on ollut yleensä korkein verrattuna muihin statusaloihin, joten medisiinarit ovat olleet yliopiston sisällä tavallaan yläluokan yläluokkaa.³⁹ Huomionarvoista on myös, että monet medisiinarit ovat jatkaneet lääkärivanhempiansa jalanjäljissä. Käytän tutkimuksessa käsitettä yläluokka viittaamaan korkeaan sosiaaliseen asemaan, jota 1900-luvulla suomalaisessa yhteiskunnassa ovat tuottaneet koulutus ja ammatin arvostus, ei ensisijaisesti syntyperä tai taloudellinen riippumattomuus. Lähdemateriaalista riippuen yläluokkaan on laskettu esimerkiksi johtavassa asemassa olevat, akateemisesti koulutettu sivistyneistö, vapaat ammatinharjoittajat ja ylempi keskiluokka.

Ylioppilaskulttuuri on ollut yksi väline tuottaa ja välittää hiljaista tietoa, sosiaalistaa opiskelijoita akateemisesti koulutettujen elämäntapaan sekä muodostaa tulevan eliitin verkostoja. Historioitsija Laura Kolbe on tutkimuksissaan Helsingin yliopiston ylioppilaskunnan (HYY) historiasta käsitellyt laajasti suomalaista ylioppilaskulttuuria ryhmäkulttuurina. Ylioppilaiden omakuvaa, identiteettiä ja mentaliteettiä tuovat esille kollektiiviset käsitykset ylioppilaan roolista ja erilaiset ryhmätunnukset. Ylioppilaat ovat määrittäneet identiteettiään suhteessa muuhun yhteiskuntaan merkkien, symbolien ja pukeutumisen avulla, juhliin ja opiskelun arkeen liittyvin rituaalein sekä sitoutumalla akateemiseen elämäntapaan, tieteellisaakateemisiin traditioihin ja yhteiskunnalliseen vastuuseen kasvamiseen.⁴⁰ Tähän akateemisen kansalaisen vastuuseen Kolbe on viitannut käsitteellä ”sivistyneistön rooli”, joka on hänen 1940- ja 1950-lukujen ylioppilashistoriaa käsittelevän tutkimuksensa nimi. Se on osuva määritelmä ylioppilaiden traditionaalisesta aatteellisesta omakuvasta, jonka juuret ovat Snellmanin, Runebergin ja Topeliuksen ajoissa ja jossa korostuu yliopiston keskeinen merkitys kansakunnan rakentamisessa.⁴¹ Tähän laajempaan ylioppilaskulttuuriin, sen ihanteisiin ja velvoituksiin ovat medisiinarien omat opiskelijayhteisöt peilanneet toimintaansa ja rooliaan. Olen aiemmissa tutkimuksissani käyttänyt medisiinarien opiskelijakulttuurista käsitettä

38 Bourdieu 1986, 243; Myös Anderson 2004, 119.

39 Nevala 1999, 117–126, 198–204; Ahola 1995, 113, 116, 154. Sosiaalista taustaa koskevia tietoja tuodaan tarkemmin esille tämän tutkimuksen eri luvuissa.

40 Kolbe 1993, 11–12.

41 Kolbe 1993, 9–11, 323, 581; Ylioppilaista eliittinä ks. myös Anderson 2004, 274.

akateemis-ammattillinen kasvatus, joka korostaa yhteisöjen roolin kahta puolta, sitoutumista sekä ylioppilaskulttuuriin että ammattikunnan kulttuuriin.⁴²

Tutkimuksessani tarkastelen opiskelijakulttuuria ryhmäkulttuurina, yhteisesti jaettuna kokemusmaailmana. Medisiinarien ryhmäkulttuuria ja lääkärikoulua sosiaalisena organisaationa ovat sosiologiassa tutkineet amerikkalaiset Howard Becker, Blanche Geer, Everett C. Hughes ja Anselm L. Strauss. Heidän tutkimuksensa vuodelta 1961 *Boys in White. Student Culture in Medical School* osoitti medisiinarikunnan varsin yhtenäiseksi ryhmäksi. Sosiaalisen taustan lisäksi medisiinarien opintokokemukset olivat samanlaisia: he joutuivat samanlaisten ongelmallisten tilanteiden eteen ja niiden perusteella tapahtuneet muutokset opiskelijoiden suhtautumistavoissa (*perspectives*) olivat yhteisesti jaettuja. Näin medisiinarien käyttäytymisen muodot olivat tuotetta heidän vuorovaikutuksestaan toistensa kanssa opintojen arjessa.⁴³ Suomessa psykologi Yrjö-Paavo Häyrynen on todennut tutkimustensa pohjalta vuonna 1970, että medisiinarin kehitysprosessissa suurta osaa näytteli ”koulutuksen sosiaalinen ilmasto, ne asenteet ja arvostukset, joita toveriyhteisö, opettajilta saadut mallit ja eri tavoin kiteytyneet käyttäytymiskaavat tukevat ja pitävät yllä”.⁴⁴ Näissä havainnoissa nousee esille, miten keskeinen lääketieteellisen tiedekunnan sisäinen maailma on medisiinarien kasvamisessa ammattiin.

Lähteet ja niiden tulkinta

Tutkimuksen empiirisen osan muodostaa lähdeaineistojen laadullinen analyysi: historian mikrotasoa edustavan lähdeaineiston tulkinta makrotason kontekstissa. Tutkimuksen rakenne ja keskeiset tulkinnat ovat muotoutuneet lähdeaineiston pohjalta. Aineiston analyysissä olen kuitenkin käyttänyt näkökulmana ja teoreettisena selkänäjana hiljaisen tiedon ja kasvatuksen käsitteitä. Prosessi on ollut monivaiheinen siten, että tutkimuksen alkuperäinen raja-alue medisiinarien kasvu- ja kasvatusprosessiin ohjasi tutkimusaineiston läpikäyntiä, jolloin huomio kiinnittyi etenkin hiljaiseen tietoon. Tätä koskeva kirjallisuus tarjosi edelleen aineksia analyyseille ja suuntasi lähteiden tulkintaa ja kirjoitusprosessia.⁴⁵

Lääkäriksi kasvamisen tutkiminen on edellyttänyt moniäänistä lähdeaineistoa, joka on tuonut esille sekä opettajien että opiskelijoiden ääntä. Tutkimuksen runko on rakentunut pääaineiston varaan, jota ovat Helsingin yliopiston lääketieteellisen tiedekunnan pöytäkirjat sekä Lääketieteenkandidaattiseuran (LKS) *Medisiinari-lehti* ja Turun Lääketieteenkandidaattiseuran (TLKS) *Kollega-lehti*. Muu käyttämäni aineisto on täydentänyt tutkimusta etenkin hiljaisen tiedon ja kokemuksellisen tason osalta. Pääaineistojen avulla on ollut mahdollista tutkia lääkäriksi kasvamisen prosesseja, peruskoulutuksen rakentumista, koulutukselle asetettuja tavoitteita ja ihanteita sekä hiljaisen tiedon välitystä. Helsingin lääketieteellisen tiedekunnan pöytäkirjoista olen käynyt läpi vuosilta 1910–1970 peruskoulutukseen

42 Aalto 2010, 146; Aalto 2012, 148.

43 Becker, Geer, Hughes ja Strauss 2007 (1961), II, 21–25, 33–37.

44 Häyrynen Yrjö-Paavo: Valinta ihmiskeskisyyteen. Medisiinari 4/1970, 27–30.

45 Aineistolähtöisestä metodista ja tutkimuksen prosessista ks. esim. Alasuutari 1999, 83–84, 88.

liittyvät asiakohdat. Tiedekunta on käsitellyt muun muassa opetuksen ja siihen kuuluvan harjoittelun käytännön järjestelyjä, opinto-ohjelmaan tehtäviä muutoksia, kandidaattiseurojen ja muiden tahojen aloitteita sekä kansainvälistä yhteistyötä peruskoulutuksen saralla. Tiedekunta on suorittanut opiskelijoiden valinnat, antanut lausuntoja ja vastannut opintojen uudistusprosesseista. Olen myös käynyt läpi Turun yliopiston lääketieteellisen tiedekunnan pöytäkirjat vuosilta 1965–1970 täydentääkseni kokonaiskuvaa. Tätä edeltävältä ajalta olen nojannut Timo Tarmion Turun tiedekunnan historiaa käsittelevään väitöskirjaan *Tiedekunta hyvinvointivaltiossa*.⁴⁶ Päädyin kuitenkin käymään läpi kyseisten vuosien pöytäkirjat, koska Tarmio ei käsittele kovinkaan syvällisesti lääkäriskoulutuksen uudistamisesta 1960-luvun lopulla käytyä varsin monipolvista keskustelua.

Medisiinari-lehti alkoi ilmestyä vuonna 1937. Lehdessä on aina ollut tutkimukseni kannalta tärkeää aineistoa, kuten kandidaattien kirjoituksia opintojen ja opetuksen epäkohdista ja muutoksista, lääkärin työtä, toimenkuvaa ja ammattikunnan kulttuuria koskevia artikkeleita, mielipidekirjoituksia, medisiinareista tehtyjä tutkimuksia ja kyselyjä sekä pakinoita. Lehdessä on julkaistu Lääketieteenkandidaattiseuran puheenjohtajien haastatteluja ja sihteerien palstoja sekä seuran toimintakertomukset ja lukuisia juhlien ja muun toiminnan kuvauksia. Lisäksi lehden palstoilla on käyty eri sukupolvien lääkärien välistä keskustelua ammattikunnan kulttuurista ja arvoista sekä koulutuksen kehittämisestä. Vuodesta 1954/1955 alkaen pääkirjoitukset ovat olleet tärkeitä.⁴⁷ *Medisiinari*-lehden keskeisyyttä aineistossa lisää se, että vuosina 1946–1964 lehdessä ilmestyi ruotsinkielisen Medicinarklubben Thoraxin palsta (tosin ei enää 1960-luvulla säännöllisesti) ja vuosina 1949–1961 Turun Lääketieteenkandidaattiseuran (TLKS) palsta. 1960-luvulle asti lehden voi katsoa kattaneen koko medisiinarikunnan. Vuonna 1962 TLKS alkoi julkaista *Kollega*-lehteä ja vuonna 1967 Thorax *Meditrina*-lehteä. Medisiinareita koskevaa aineistoa olen täydentänyt Lääketieteenkandidaattiseuran arkistosta.⁴⁸

Täydentävänä lähdeaineistona olen käyttänyt Suomen Lääkäriliiton arkistoa ja liiton lehtiä (*Tiedonantoja* 1916–1921, *Suomen Lääkäriliiton aikakauslehti* 1922–1945 ja *Suomen Lääkärilehti* 1946–) sekä artikkeleita Suomalainen Lääkäriseura Duodecimin lehdestä. Lääkäriliitto on yhdistänyt koko suomalaista lääkärikuntaa, sillä sen jäseniksi ovat liittyneet lähes kaikki lääkärit alusta alkaen. Liitto on käyttänyt lääkärien ääntä niin edunvalvonnassa kuin terveystoimittamisessa. Lääkäriliiton korkea järjestäytymisaste ja pyrkimys sulkea sisäänsä koko ammattikunta on pitänyt liiton toiminnan laaja-alaisena. Tämä lisää lähdeaineiston kiinnostavuutta ja kattavuutta. Lääkäriliiton lehdet ovat olleet avoimia kirjoituksille, eikä lehdessä vielä 1960-luvulla työskennellyt ammattitoimittajia. Lehdet tuovatkin esille lääkärikunnan ääntä laajasti, ei ainoastaan ammattiliitonäkökulmasta. Lääkäriliiton arkistoaineistot lääkärien eettisistä ja kollegiaalisuuden periaatteista

⁴⁶ Tarmio 1993.

⁴⁷ Ensimmäiset pääkirjoitukset ilmestyivät alkuvuonna 1954 Mikko Niemen toimiessa päätoimittajana, mutta loppuvuodesta niitä ei lehdissä ollut ja ne vakiintuivat vasta seuraavana vuonna.

⁴⁸ Lääketieteenkandidaattiseuran arkisto on pääosin järjestämättä, mikä on rajoittanut aineiston käyttömahdollisuuksia, mutta arkistosta löytyi kuitenkin täydentävää ja selvästä tietoa.

valottavat ihanteita ja ammattikunnan kulttuuria eri aikoina, ja jonkin verran on ilmestynyt näitä teemoja käsitteleviä kirjoja.⁴⁹

Työskentelin jatko-opintojeni alkuvaiheessa vuosina 2007–2009 Lääkäriliiton historiahankkeessa, ja kirjoitin laajan tutkimusluvun vuonna 2010 ilmestyneeseen juhlakirjaan *Vapaus, terveys, toveruus. Lääkärit Suomessa 1910–2010*.⁵⁰ Tutkimusluku oli otsikoitu ”*Ilman kollegiaalisuutta ei ole lääkäreitä.*”– *Lääkäriyhteisö ja ammattikunnan kulttuuriin kasvaminen*, ja sen aiheina olivat lääkäreiden yhteisöllisyys, kollegiaalisuus ja peruskoulutus. Tein Lääkäriliitossa jonkin verran haastatteluja, ja ne, kuten myös hankkeen muiden tutkijoiden keräämät aineistot, ovat olleet käytettävissäni. Vaikka väitöstutkimukseni on lähtenyt liikkeelle Lääkäriliiton historiahankkeesta, olen tässä tutkimuksessa tarkastellut lääkärikoulutusta eri näkökulmasta sekä syventänyt ja laajentanut lääkäriksi kasvamisen tematiikkaa.

Käyttämäni lähdeaineisto on pääosin medisiinari- ja lääkärikunnan sisältä ja vain erityisissä tapauksissa olen täydentänyt kuvaa ulkopuolisilla näkökulmilla. Kuitenkin erityisesti sodan jälkeisenä aikana on ilmestynyt jonkin verran yhteiskuntatieteellisiä tutkimuksia opiskelijoista ja lääkäreistä, joita olen käyttänyt sosiaalishistoriallisena lähdeaineistona. Opiskelijoiden sosiaalista taustaa valaisevia tutkimuksia ovat muun muassa *Ylioppilaiden taloudelliset olot vuonna 1935* ja *Korkeakouluopiskelijoiden alueellinen ja sosiaalinen tausta 1940–1969*.⁵¹ Vuonna 1964 ilmestyi VTT Elina Haavio-Mannilan laaja tutkimus *Lääkärit tutkittavina*, jonka alkuunpanija oli Suomen Lääkäriliitto.⁵² Olen hyödyntänyt myös useita korkeakouluopiskelijoista tehtyjä tutkimuksia.⁵³ Lähdemateriaalina on käytetty jonkin verran yhteiskunta-, koulutus- ja terveystieteellistä aikalaiskirjallisuutta.⁵⁴ Kansainvälisiä lääkärikoulutuksen trendejä on ollut mahdollista tarkastella Maailman Terveysjärjestön (WHO) raporteista.⁵⁵ Muutamia komiteamietintöjä lukuun ottamatta en ole käyttänyt valtionhallinnon lähteitä, sillä lääkärikoulutuksen osalta valtio ei ollut ennen 1960-lukua kovinkaan aktiivinen toimija.⁵⁶ Lääkärikoulutuksesta käyty julkinen keskustelu on jäänyt työn ulkopuolelle aiheen rajauksen vuoksi ja työekologisista syistä.

49 Tärkeimpiä ammatillisen etiikan ja kollegiaalisuuden materiaaleja ovat professori Immanuel Ilmonin *Om läkarens yrke och pligter* -kirjanen vuodelta 1847, professori Max Oker-Blomin kirja *Lääkärintoimi ja sen etiikka* vuodelta 1911, Lääkäriliiton lausunto kollegiaalisuutta koskevista kysymyksistä vuodelta 1917 (muutoksia vuosina 1925 ja 1937), Lääkäriliiton vuonna 1956 hyväksymät Lääkärin eettilliset ohjeet (täydennetty vuonna 1963) sekä A. J. Palménin kirja *Lääkärin etiikka* vuodelta 1956. Lääkärin ammatitietikka on ollut tapana erottaa myöhemmin syntyneestä lääketieteellisen etiikan käsitteestä, ks. esim. Nilsson 2003, 71–72 ja Lindqvist 1982, 12–20.

50 Nyström (toim.) 2010.

51 Ylioppilaiden taloudelliset olot vuonna 1935 vuodelta 1939; Korkeakouluopiskelijoiden alueellinen ja sosiaalinen tausta 1940–1969 vuodelta 1972; Myös Hjelt 1907; Tudeer 1917; Nevala 1999.

52 Haavio-Mannila 1964.

53 Koli 1952; Elovainio 1964; Kalaja 1965; Kalaja 1967; Marin 1970; Häyrynen 1970.

54 Esim. Kuusi 1961; Donner 1961; Ketonen 1964; Aaltonen 1964; Kuusi 1968; Kaipainen 1969.

55 Maailman Terveysjärjestön teknisten raporttien sarjassa on ilmestynyt esimerkiksi WHO: Expert Committee on Professional and Technical Education of Medical and Auxiliary Personnel 1950, 1953, 1961, 1967.

56 Ylioppilastulvan vastustamiskomitean mietintö 1935; Korkeakoulukomitean mietintö 1956; Lääkäritarvetta ja koulutusmahdollisuuksia...osamietintö 1965; LOT 1971; Lääketieteen oppilasvalintatoimikunnan mietintö 1974.

Koska lähteitani voi kritisoida Helsinki-keskeisyydestä, haluan vielä selvittää, miksi en ole juurikaan käynyt läpi Turun ja Oulun yliopistojen lääketieteellisten tiedekuntien ja kandidaattiseurojen arkistoja. Tärkein perustelu on, että suurin osa medisiinareista koulutettiin Helsingissä ja Helsingin yliopiston lääketieteellisen tiedekunnan johtava asema koulutuksessa säilyi koko tutkimusajanjakson ajan. Helsingin lääketieteellisen tiedekunnan pöytäkirjat valottavat myös Turun tiedekunnan alkuvaiheita. Turun tiedekunnan historiasta on ilmestynyt vuonna 1993 Timo Tarmion väitöskirjatutkimus.⁵⁷ Sen vuoksi kävin läpi Turun tiedekunnan pöytäkirjat vain tutkimusajanjaksoni loppuvaiheen osalta. Oulun tiedekunnan arkistomateriaalien läpikäymisen korvasi Oulun yliopiston historiateos, jossa on käsitelty myös lääketieteellisen tiedekunnan historiaa.⁵⁸ *Suomen Lääkärilehdessä* on tarkasteltu maan kaikkia tiedekuntia siinä määrin kuin koulutusta ylipäättään on käsitelty. Medisiinarien osalta *Medisiinari*- ja *Kollega*-lehdet kattavat käytännössä koko maan 1960-luvun puoliväliin saakka. Opiskelijajärjestöt – LKS, Medicinarklubben Thorax, TLKS, Oulun Lääketieteellinen Kilta ja Sveitsissä lääketiedettä opiskelleiden suomalaisten Appendix-yhdistys – ovat julkaisseet omia historiikkejaan.⁵⁹ Suurin osa niistä perustuu vanhojen toimijoiden muistelmiin. Ainoastaan Lääketieteenkandidaattiseurauksen historiasta on tehty kokonaistutkimus, Janne Heikkisen kirjoittama *LKS 75 vuotta*.⁶⁰ Kirja on kuitenkin varsin suppea ja sisältää tutkimuksellisia puutteita, joten olen käyttänyt sitä vain täydentämässä joitain LKS:n historiaa koskevia kohtia. Lääkärit ovat myös kirjoittaneet runsaasti muistelmia, joita olen jonkin verran käyttänyt, samoin muistitietokeruista koottuja kirjoja *Kunnanlääkärien työ ja elämä* sekä *Lääkärintyön muistoja*.⁶¹

Tutkimukseni näkökulmana ovat kasvamisen ja hiljaisen tiedon käsitteet. Hiljainen tieto on lähtökohtaisesti piilotettua ja julkilausumatonta – toisinaan jopa mahdotonta sanoittaa. Tässä tutkimuksessa tarkastellaan sellaista hiljaista tietoa, joka on tietyissä tilanteissa muutettavissa näkyväksi. Hiljaiseen tietoon päästään käsiksi tarkastelemalla lähdeaineiston pohjalta opetuksen, ammattikunnan kulttuurin sekä medisiinari- ja lääkäri-ihanteita sekä peilaamalla medisiinarien tuottamaa aineistoa (*Medisiinari*- ja *Kollega*-lehdet, kaskut) ammattikunnan tuottamaan aineistoon (Lääkäriliiton aineistot ja lääketieteellisen tiedekunnan pöytäkirjat). Erityistä huomiota olen kiinnittänyt murtumakohtiin ja ristiriitoihin, joissa hiljainen tieto on tullut näkyväksi. Hiljaisen tiedon tutkiminen on edellyttänyt myös niin sanotusti rivien välistä lukemista. Lähdeaineisto ei usein suoraan kerro hiljaisesta tiedosta, vaan se välittyy muiden asioiden lomasta. Esimerkiksi lääkärikoulu-

57 Tarmio 1993.

58 Salo ja Lackman 1998.

59 Oulun lääketieteellinen kilta 2011 ja 1970; Medicinarklubben Thorax 2011 ja 1956; Ahonala 2009; Heikkinen 2008; TLKS 2006 ja 1996; Mäkimattila 1958.

60 Heikkinen 2008.

61 Kauttu, Reinilä ja Voutilainen 1983; Lääkärintyön muistoja 2006; Käytetyistä muistelmista ja elämäkertoista on erillinen kirjallisuusluettelo; Lääkärintyön muistoja -keruun arkistoaineistossa olisi ollut lisää materiaalia, joka olisi saattanut täydentää tutkimusta mutta jota en ole käynyt läpi, sillä arvelin aineistoni riittäväksi muuttenkin. Tämän keruuaineiston systemaattinen läpikäyminen olisi kuitenkin hyvä jatkotutkimuksen aihe.

tuksen uudistusvaiheissa hiljainen tieto on materialisoitunut, kun on käsitelty sitä, mitä medisiinarien kasvatukselta toivotaan ja mitä tavoitellaan.

Kun tutkitaan lääkäriksi kasvamista, esille nousevat medisiinarien kokemukset, joita olen tutkinut medisiinarilehdistä, muistelmista ja haastatteluista. Ville Kivimäki ym. on painottanut kokemusten moninaisuutta: ne ovat sidoksissa muun muassa ”aikaan, paikkaan, yksilöihin, sukupuoleen, ikään, sosiaaliseen asemaan”.⁶² Olen pyrkinyt tuomaan esille medisiinarien kokemusten moninaisuutta käsittelemällä esimerkiksi opintojen eri vaiheissa olevia medisiinareita, eri paikkakunnilla ja ulkomailla opiskelevia, sota-aikana eri tehtävissä toimineita sekä miesten ja naisten opiskelua. Opiskelijoiden kokemusmaailman tarkempi analysointi olisi kuitenkin vaatinut enemmän lähdeaineistoja sekä tutkimuksen suuntaamista toisin. Lähdemateriaalieni keskeisiä rajoituksia on ollut, että ne eivät juurikaan tuo esille henkilökohtaisia epävarmuuden ja epäonnistumisten tunteita, jotka tutkimusten mukaan tyypillisesti kuuluvat lääkärikoulutukseen.⁶³ Lisäksi muistelmiin liittyy usein nostalginen sävy, jota tutkijan on kyettävä suodattamaan. Medisiinarilehtien rajoituksena voi pitää sitä, että niihin kirjoittivat yleensä aktiivisimmat ja ammatikunnan kulttuurin jo sisäistäneet henkilöt. Toisaalta juuri heillä oli myös kykyä ja rohkeutta tuoda hiljaista tietoa esille. Valitettavasti naisten kokemukset ovat ali-edustettuina lähdeaineistossa, sillä naisten määrä medisiinarilehtien kirjoittajissa oli tutkimusajanjaksolla pieni ja naislääkärien muistelmia on ilmestynyt vähän.

Metodisesti tärkeä kysymys on, kuka lähdeaineistossa puhuu ja missä määrin eri tekstejä voi yleistää medisiinarien tai lääkärikunnan näkemykseksi. Tämän osalta historiantutkija joutuu liikkumaan intuition ja taustatietojensa varassa. Tärkeää on tietää, mitä kirjoittaja edustaa: Lääkäriliittoa, lääkintöhallitusta, jotain kandidaatitiseuroista, ulkomailla lääketiedettä opiskelevia suomalaisia, radikaaleja medisiinareita, kunnanlääkäreitä, sairaalalääkäreitä, opettajakuntaa jne. Listaus osoittaa, että lääkärikunnassa on yhtenäisyydestä huolimatta monenlaisia ääniä ja näitä on pyritty tutkimuksessa ottamaan huomioon. Toisaalta tutkimuksessa on pakko yleistää. Muistelmien lukeminen, haastattelut ja medisiinarien lehtien lähiluku ovat tuoneet esille, että medisiinari- ja lääkärikunnan varsin korkea yhtenäisyys on ollut todellista.

Lääkärit ja koulutus aiemmassa tutkimuksessa

Väitöskirjani sitoutuu siihen yliopistohistorialliseen tutkimusperinteeseen, jossa yliopistoa on tutkittu keskeisenä kansallisena, aatteellisena ja poliittisena toimijana. Tätä suuntausta edustaa historioitsija Matti Klingen muiden tutkijoiden kanssa yhteistyössä kirjoittama kolmiosainen Helsingin yliopiston historia.⁶⁴ Myös historioitsija Marja Jalava asettaa tutkimuksessaan *The university in the making of the welfare state* yliopiston laajempiin yhteiskunnallisiin ja poliittisiin yhteyksiin.⁶⁵

⁶² Kivimäki, Hytönen ja Karonen 2015, 28.

⁶³ Esim. Aaltonen 1964, 122–124.

⁶⁴ Klinge 1987, 1989 ja 1990.

⁶⁵ Jalava 2012.

Opiskelijoiden osalta yliopiston yhteiskuntaan kasvattavaa roolia on painottanut historioitsija Laura Kolbe tutkimuksissaan Helsingin yliopiston ylioppilaskunnan historiasta.⁶⁶ Mainitut teokset ovat väitöskirjani keskeistä tutkimuskirjallisuutta, ja ne ovat toimineet laajemminkin tutkimuksellisina ja historiankirjoituksen oppainani. Tärkeä sosiaalishistoriallinen tutkimus yliopisto- ja korkeakouluopiskelijoista on historioitsija Arto Nevalan väitöskirja *Korkeakoulutuksen kasvu, lohkoutuminen ja eriarvoisuus Suomessa*.⁶⁷ Lääketieteellisistä tiedekunnista on julkaistu tutkimuksia ja juhlakirjoja, joista tärkein on tutkimukselleni ollut Timo Tarmion Turun yliopiston lääketieteellisen tiedekunnan historia *Tiedekunta hyvinvointivaltiossa*.⁶⁸ Turun tiedekunnan kehityksen osalta olen pitkälti nojannut Tarmion kirjaan. Tarmion näkökulma lääkärikoulutukseen on kuitenkin erilainen kuin tutkimuksessani: lääkärikoulutusta tarkastellaan osana hyvinvointivaltion luomista, jolloin keskeinen huomio on koulutuksen laajentumisessa, rakenteissa ja sisällön suuntaamisessa, ei opetuksessa ja mediisiinarien toiminnassa. Muuta yliopistohistorian tutkimuskirjallisuutta ovat muiden tiedekuntien, ylioppilaskuntien ja tiedekuntajärjestöjen historiateokset.⁶⁹

Väitöskirjani on myös lääkärien ammattikunnan historiaa, jota on Suomessa tutkittu erityisesti osana terveydenhuoltojärjestelmän ja lääkärijärjestöjen historiaa.⁷⁰ Suomen Lääkäriliiton 100-vuotishistoriahanke on oman väitöskirjanikin taustalla. Lääkäriliiton historiateokseen sisältyvät myös Samu Nyströmin terveystalitiikasta, Ilkka Levän edunvalvonnasta ja Oona Ilmolahden lääkärin työstä tekemät tutkimukset, ja ne ovat keskeistä uutta tutkimuskirjallisuutta lääkärien ammattikunnasta.⁷¹ Terveystalitiikan osalta olen käyttänyt myös muun muassa Minna Harjulan tutkimuksia *Hoitoonpääsyn hierarkiat* ja *Terveyden jäljillä* sekä Allan Tiitan lääkintöhallituksen historiaa *Collegium Medicum*.⁷² Historioitsija Heini Hakosalo on kirjoittanut useita artikkeleita naislääkärien ja naisten lääkärikoulutuksen historiasta, jotka avaavat tärkeällä tavalla naisten tuloa ammattiin.⁷³ Naiskandidaattien toimintaa sota-aikana on tutkinut lääket. lis., VTM Helene Laurent kandidaattitutkielmassaan, jonka olen saanut käyttööni.⁷⁴

Kanainvälisestä kirjallisuudesta olen käyttänyt etenkin ruotsalaisen historioitsijan Motzi Eklöfin väitöskirjaa *Läkarens ethos. Studier i den svenska läkarkärens identiteter, intressen och ideal 1890–1960*. Eklöf on tutkinut valmistuneita lääkäreitä, mutta tutkimuksen osat, joissa käsitellään lääkärikunnan kulttuuria ja eetosta sekä niiden traditioiden välittämistä ja esikuvien merkitystä, ovat antaneet virikkeitä ja vertailukohtia tutkimukselleni.⁷⁵ Toinen keskeinen kansainvälistä näkökulmaa

66 Kolbe 1993 ja 1996; Varhaisemman ylioppilaskunnan historian osalta myös Klinge 1978.

67 Nevala 1999.

68 Tarmio 1993; Muita historiateoksia: Oulusta Salo ja Lackman 1998, Tampereesta Visakorpi, Seppälä, Pasternack ja Ylitalo (toim.) 2003 ja Kuopiosta Vuorio 2006.

69 Sohlstén-Nederström 2011; Halonen 2010; Korpiola 2010; Paaskoski 2008; Ketonen 2001.

70 Joutsivuo ja Laakso 2008; Tiitta 2009; Nyström (toim.) 2010; Ignatius 2012.

71 Nyström (toim.) 2010.

72 Harjula 2015 ja 2007; Tiitta 2009.

73 Hakosalo 2015(a), 2015(b), 2012, 2008 ja 2006.

74 Laurent 2005.

75 Eklöf 2000.

avannut teos on Howard Beckerin, Blanche Geerin, Everett C. Hughesin ja Anselm L. Straussin sosiologian tutkimus *Boys in White. Student Culture in Medical School*, joka ilmestyi Yhdysvalloissa vuonna 1961. Sitä on pidetty opiskelijoiden socialisaation, ammattiin oppimisen ja opiskelijakulttuurin tutkimuksen klassikkona. Tutkimuksen huomiot medisiinarien ryhmäkulttuurista ovat kirkastaneet kuvaani medisiinarikunnan yhtenäisyydestä ja erityispiirteistä muihin opiskelijoihin verrattuna.⁷⁶ Joiltain osin olen pyrkinyt taustoittamaan suomalaisen lääkärikoulutuksen kehitystä muullakin kansainvälisellä tutkimuskirjallisuudella.⁷⁷ Tämä kirjallisuus on kuitenkin taustoittavassa roolissa, eikä pyrkimykseni ole ollut tehdä esimerkiksi vertailuja – tämä voisi kuitenkin olla hyvä jatkotutkimuksen aihe.

Lääkärit ovat olleet yhteiskuntatieteellisen tutkimuksen kohteena etenkin 1950-luvulta lähtien. Historioitsija John C. Burnham on osoittanut, että yhteiskuntatieteiden kiinnostus ammattikuntiin ja sen myötä keskusteluun noussut profession käsite suuntasi lääketieteen historian kirjoitusta uudelleen. Burnham on todennut lääketieteen historian (*medical history*) historiografiassaan, että sosiologinen professiotutkimus tuli perinteisen lääketieteen historian rinnalle 1900-luvun puolivälin tienoilla.⁷⁸ Historioitsijat Geoffrey Cocks ja Konrad H. Jarausch ovat tiivistäneet professioiden historiografian kolmeen vaiheeseen: ensin profession edustajat itse kirjoittivat ammattikunnan historiaa painottaen ammattinsa edistyksellistä voitokulkua ja korkeaa moraalia. Tämän vastareaktion voi pitää toista vaihetta, jota luonnehti lähinnä sosiologian piiristä noussut pyrkimys osoittaa, että professioiden järjestäytymisen ja kutsumusluonteen korostamisen taustamotiivina oli taloudellisten ja sosiaalisten etujen takaaminen omalle ryhmälle. Kolmannessa vaiheessa tutkijat ovat Cocksia ja Jarauschin mukaan pyrkineet välttämään polemiikkia ja asettamaan professiot poliittiseen, kulttuuriseen ja sosiaaliseen kontekstiinsa.⁷⁹

Latinan-, sittemmin ranskan- ja englanninkielinen sana *”profession”* käännetään suomeksi tavallisesti ammatti. Kuitenkin myös suomalaisessa tutkimuksessa on käytetty profession käsitettä viittaamaan vanhoihin ja yhteiskunnassa arvostetun aseman saavuttaneisiin akateemisiin ammatteihin, kuten pappeihin, lakimiehiin ja lääkäreihin. Profioiden piirteiksi on määritelty professioteoreettisissa tutkimuksissa muun muassa keskeinen yhteiskunnallinen merkitys, akateeminen tutkinto, ammatin autonomia, tieteseen ja erikoistietoon perustuva asiantuntemus, epäitsekkäis omistautuminen palvelemaan muita, ammatillinen itsesääntely (kuten eettiset koodistot), korkea status ja taloudelliset palkkiot sekä ammatinharjoittajien kollegiaalinen yhteistoiminta. Profession käsite on linkitetty professionaalistumisen prosessiin, jolla viitataan ammattikunnan yhtenäistymiseen tietyn koulutuksen ja työtehtävän ympärille siten, että kyseinen ammattikunta on saavuttanut työssään monopoliaseman – mahdollisesti lakisääteisesti. Kasvatustieteilijät Risto Rinne ja Arto Jauhiainen ovat käyttäneet käsitettä ”valtiointerventio” kuvaamaan valtion merkitystä professioiden säännöstelijänä ja niiden monopoliaseman takaajana Suo-

⁷⁶ Becker, Geer, Hughes ja Strauss 2007 (1961).

⁷⁷ Dyhouse 2006; Anderson 2004; Bonner 1995; Huerkamp 1990.

⁷⁸ Burnham 1998, 1–4, 9.

⁷⁹ Cocks ja Jarausch 1990, 4.

messä.⁸⁰ Historioitsija Heini Hakosalo on todennut suomalaisten lääkärien osalta, että profession määritelmään kuuluu ajatus eräänlaisesta hiljaisesta sopimuksesta ammattikunnan ja yhteiskunnan välillä, jossa professio sitoutuu laajasti palvelemaan yhteiskuntaa ja yhteiskunta taas sitoutuu suojaamaan professiota kilpailulta ja antamaan sille laajan ammatillisen autonomian.⁸¹

Tutkimuksessani käytän pääasiassa käsitteitä lääkäri, lääkärintoimi ja ammatti. Ratkaisu perustuu lähdeaineistoon. Suomen Lääkäriliiton materiaalit osoittavat, mitä käsitteitä lääkärit itse ovat käyttäneet eri aikoina. 1920-luvulla käytettyjä käsitteitä olivat toimi ja virka ja jossain määrin myös kutsumus ja ammatti.⁸² Asetuksessa vuodelta 1890 puhuttiin lääkärin-ammattista, ruotsiksi *”läkarekallet”* eli kutsumus.⁸³ Laissa vuodelta 1925 käytettiin käsitettä lääkärintoimen harjoittaminen.⁸⁴ Ruotsin kielessä käytettiin 1910- ja 1920-luvuilla käsitteitä *”konst”*, *”kall”* tai *”tjänst”*.⁸⁵ Termien vivahde-eroja kuvaa *Suomen Lääkärilehden* ensimmäisen numeron pääkirjoitus vuonna 1946, jossa todettiin lääkärien jo pitkään kaivanneen *”käytännöllistä lääkärintoimintaa ja ammattikunnallisia asioita”* käsittelevää lehteä.⁸⁶ Lääkärintoimen erottaminen kutsumuksena muista ammateista jatkui vielä sodan jälkeen.⁸⁷ Profession käsite tuli *Lääkärilehteen* vuonna 1978, jolloin päätoimittaja Kyllikki Kauttu määritteli Lääkäriliiton ns. erityiskoulutettujen työntekijöiden eli profession ammattiyhdistykseksi ja modernisoi liiton tehtävissä mainitun lääkärien ”arvonmukaisen hengen” professionaaliseksi identiteetiksi.⁸⁸ Poimimani esimerkit osoittavat, miten lääkärien itsestään käyttämä käsite on vaihdellut eri aikoina, ja tämän ketjun – lääkärintoimi, ammatti, professio – aatehistoriallinen avaaminen olisi kiinnostava tutkimuskohde.⁸⁹

80 Konttinen 1991, 11–14, 16–17; Jarausch 1990, 9–11; Rinne ja Jauhiainen 1988, 7–12.

81 Hakosalo Heini: Lääkäri, yhteiskunta ja yhteisö. Katsaus lääkäriprofession kehitykseen Suomessa. *Duodecim* 13/2010, 1544–1551.

82 Esim. Hannikainen T.: Kellä tulee olla oikeus harjoittaa lääkärinammattia Suomessa. *Tiedonantoja* 1/1919, 58–66; Suomen lääkäriliiton viidennen yleisen kokouksen ptk 23.–24.9.1921. *SLAik* 1–2/1922, 2–34; Lavonius Herman: Ruotsin lääkäriliiton 18 yleinen kokous. *SLAik* 6/1922, 120–124; Tuovinen P. I.: Onko suotavaa, että lääkäri hakiessaan kunnanlääkärin virkaa liittää hakemukseensa suosituksia? *SLAik* 3/1934, 71–75.

83 Suomen suuriruhtinaanmaan asetuskokoelma: n:o 8, 1890.

84 Suomen asetuskokoelma: n:o 20, 1925.

85 Esim. Janson 1926, 176–177; Idman Gust. Rud.: Frågan om revision af nu gällande förordning om utöfning af läkarekallet. *Tiedonantoja* 3/1921, 235–241; Oker-Blom Max: Till frågan om moderering av den starka tillströmningen av studerande till medicinska fakulteten. *Tiedonantoja* 3/1916, 89–94; Therman Einar: När kan en läkare anses vara berättigad att utöva verksamhet på en annan läkares tjänsteområde? *SLAik* 3–4/1925, 74–78; Ruotsinkielinen asetys ja laki: Storfurstendömet Finlands författningssamling: n:o 8, 1890 ja Finlands Författningssamling: n:o 20, 1925.

86 Arvoisat kollegat. *SLL* 1/1946, 1–3.

87 Esim. Klemola J. K., mielipidekirjoitus: Lähetettyjä kirjoituksia. *SLL* 9/1954, 680–684.

88 Kauttu Kyllikki, pääkirjoitus: Miksi lehtemme ei ole ”tyypillinen ammattiyhdistyslehti”. *SLL* 23/1978, 1734–1735.

89 Motzi Eklöf on sivunnut näitä käsitteitä väitöskirjassaan Ruotsin lääkärien osalta, mutta kehitys Suomessa ei ole eettisten säädösten ja käsitteiden osalta kulkenut samalla tavoin kuin Ruotsissa, ks. Eklöf 2000, 243–244.

3. Lääkärikoulutus ja lääkärikunta – historiallisia suuntaviivoja

Yliopisto kasvattajana ja Collegium Medicum laillistajana

”Kun kuitenkin yliopistomme on ainoa laitos, jossa maan tarpeiksi lääkäreitä koulutetaan, niin niitten koulu se sittenkin on ensi sijassa. Tämän päätehtävänsä rinnalla se kyllä aina tulee löytämään sekä opettajia että oppilaita, jotka virallisten ohjelmainsivussa ja lisäksi uhraavat työtä ja harrastusta tieteenkin hyväksi.” (korostukset lähteessä)

Näillä sanoilla nosti professori Juho Jaakko Karvonen vuonna 1921 Duodecim-seuran kokouksessa lääketieteellisen tiedekunnan tärkeimmäksi tehtäväksi opetuksen ja käytännön koulutuksen antamisen maan lääkärikunnalle. Lausuma liittyi Karvosen esitelmään, jossa hän tarkasteli sitä, vastasiko lääketieteellinen opetus käytännön lääkärin tarpeita.⁹⁰ Tästä kiteytyksestä voi keriä auki lankoja niin taakse- kuin eteenpäin. Kun katseen kääntää menneisyyteen, nousee esille kysymyksiä lääketieteellisen koulutuksen suhteesta lääkärintoimen harjoittamiseen, lääketieteen ja lääkärimäärän kehityksestä sekä lääkärien työn ja tehtäväkentän muotoutumisesta. Kun taas katsoo 1920-luvulta eteenpäin, hahmottuu tulevien vuosikymmenten yksi keskeinen lääketieteellisen kasvatuksen kysymys: mikä on koulutuksen tavoite ja miten tutkintoa tulisi kehittää, jotta tämä tavoite saavutettaisiin? Karvosen lausumassa nousee esille myös lääketieteellisen tiedekunnan suhde yliopiston tieteelliseen ja opetukselliseen traditioon. Tarkastelen tässä alaluvussa lääkärikoulutuksen ja ammattikunnan muotoutumisen historiaa Suomessa ennen 1900-lukua painottaen tutkimukseni kannalta tärkeitä kehityskulkuja.

Akateemisesti koulutetun lääkärikunnan muodostumisen perusta on keskiaikaisessa eurooppalaisessa yliopistossa, jonka yksi neljästä perustavasta tiedekunnasta oli lääketieteellinen. Kesti kuitenkin kauan, että yliopistossa opiskelleista lääkäreistä tuli potilaiden sairauksien ensisijaisia parantajia. Historioitsija Motzi Eklöf on esittänyt ruotsalaisen lääkärikunnan eetosta koskevan väitöskirjansa alussa kysymyksen, mikä tai kuka on lääkäri. Eklöf toteaa käsitteen kulttuuri- ja aikasidonnaisuuden. Vaikka pitkä akateeminen koulutus ja muodollinen pätevyys ovat jo kauan muodostaneet eron lääkärien ja muiden parantaja-ammattien välille, tämä ei vielä sinänsä ole taannut riittävän yksiselitteistä ja vahvaa identiteettiä, auktoriteettia ja legitimitettä. Keskeistä on Eklöfin mukaan lääkärien nauttima luottamus potilaiden, kollegojen ja yhteiskunnan silmissä. Tämän saavuttamiseksi lääkärit ovat eri aikoina hakeneet legitimitettä eri tavoin. Ammattikunta on saanut yhteiskunnalta laillisen legitimitetin mutta sen lisäksi asemaa on pyritty vahvistamaan traditionaalisella ammattieetoksella ja nostamalla lääkäri-ideaaliksi karismaattinen

90 Karvonen J. J.: Onko lääketieteellinen opetus yliopistossamme nykyään käytännössä toimivan lääkärin kannalta tarkoitustaan vastaava. Duodecim 1/1922, 1–12.

parantaja-auktoriteetti. 1900-luvun jälkipuoliskolla lääkärin legitimizeetti on perustunut yhä enemmän tieteelliseen asiantuntijuuteen ja sen objektiivisuuden ja kriittisyyden ihanteisiin.⁹¹

Siitä kehityskulusta, jossa lääkäreistä tuli ensisijainen ryhmä sairauksien hoitamisessa ja keskeisiä asiantuntijoita yhteiskunnan terveydenhuollollisissa kysymyksissä, on käytetty professionalisaation käsitettä. Tämä viittaa siihen, miten lääkäristä tuli itsenäinen, arvostettu, erikoistuneeseen tieteelliseen koulutukseen pohjautuva asiantuntija-ammatti teollistuneissa maissa 1800-luvun aikana. Tausalla oli lääketieteellisen tiedon kasvu ja koulutuksen modernisoiminen, jota edelsi lääkärin ja kirurgien ammattikuntien yhdistyminen ja kliinisen lääketieteen tulo osaksi koulutusta. Lääkäripalveluiden kysynnän kasvaessa ja ammattikunnan yhtenäistyessä keskinäinen kilpailu potilaista väheni, ja sen myötä syntyi uudenlainen, auktoritatiivinen lääkäri-potilassuhde sekä käsitys lääkäristä ensisijaisesti yhteisön palveluksessa. Lääkärit järjestäytyivät omiin organisaatioihinsa, jotka ajoivat jäsentensä etuja ja säätelivät heidän toimintaansa. Historioitsija Claudia Huerkamp on painottanut, että Saksassa lääkärikunnan professionalisatiossa valtion rooli oli keskeinen, sillä koulutus tapahtui valtion rahoittamissa ja kontrolloimissa yliopistoissa ja valtio valvoi tutkintoja. Sen sijaan Englannissa ja Amerikassa lääkärin omilla järjestöillä oli suurempi rooli ammattikunnan ”sulkemisprosessissa” ja sen statuksen korottamisessa. Sosiologi Esa Konttinen on todennut suomalaisen kehityksen noudattaneen saksalaista linjaa, kuten muutenkin yliopisto- ja hallintokulttuurin osalta tapahtui. Keskeistä on ollut valtion rooli ”palvelumarkkinoiden” luojana ja ”monopoliaseman” takaajana: 1900-luvulla valtio asettui osittain lääkärin palveluiden maksajaksi sosiaalivakuutusjärjestelmien myötä.⁹²

Kun tarkastelee lääkärin muotoutumisen historiaa Suomessa, huomio kiinnittyy prosessin monikerroksisuuteen, koulutuksen merkitykseen ja vahvaan valtioyhteyteen. Sitä ilmentää yliopiston kasvatustehtävä ja lääkärin sitoutuminen yhteiskunnan kehittämiseen. Jo keskiajalla yliopistoista valmistuneet lääkärin muodostivat kiltamaisia yhteisöjä, collegioita, jotka alkoivat vähitellen saada paikallisia terveyshallinnon tehtäviä. Ruotsissa Tukholman lääkärin saivat kunin-gattarelta oikeuden perustaa vuonna 1663 Collegium Medicum (ensin Collegium Medicorum), joka laajeni myöhemmin koko valtakuntaan. Collegio koostui kaikista akateemisesti koulutetuista lääkäreistä, ja sen tehtävänä oli valvoa valtakunnan lääkintälaitosta ja lääkärin pätevyyttä. Ajan kuluessa siitä kehittyi lääkintähuollon keskusvirasto, jonka valvontaan tulivat myös kättilöt, apteekkarit, välskärin ja parturit, mikä nosti lääkärin johtavaan asemaan muihin parantajiin nähden.⁹³ Oleellista ruotsalaisessa ja suomalaisessa kehityksessä on, että yliopistollisesta tutkinnosta tuli varhain lääkärin toimimisen ehto. Keskeisiä instituutioita olivat näin ollen yliopisto koulutuksen antajana ja Collegium Medicum laillistajana. Vielä 1700-luvun alkupuolella lähes kaikki ruotsalaiset lääkärin olivat opiskelleet ulkomailla.

91 Eklöf 2000, 9–10, 343–348.

92 Huerkamp 1990, 66–82; Konttinen 1991, 12–17; Baker 1993, 866–870; Rinne ja Jauhiainen 1988, 3–4, 8–10, 14–16.

93 Tiitta 2009, 16; Nyström 2010(a), 20; Leikola 1989, 371; Rinne ja Jauhiainen 1988, 73; Pesonen 1980, 15.

Collegium Medicum tutki heidät ja myönsi laillistuksen. Vuonna 1737 säädettiin, ettei kotimaassa tohtoriksi väitelleiden tarvinnut enää alistua Collegium Medicummin tutkintoon, vaan heidät laillistettiin suoraan tutkinnon perusteella.⁹⁴

Keskiaikaisen yliopistorakenteen mukaisesti Kuninkaalliseen Turun Akatemiaan tuli perustamisesta, vuodesta 1640 lähtien lääketieteellinen tiedekunta, mutta sen toiminta käynnistyi hitaasti. Valistuksen hyötyajattelun ja ”medikalisaation” vuosisadalla alkoi kiinnostus terveydenhuollon tason korottamiseen kasvaa Ruotsissakin osana maan vaurastumisen ja väestönkasvun politiikkaa. Vuonna 1756 päätettiin asettaa valtakunnan jokaiseen lääniin piirilääkäri. Vähäisen lääkärimäärän vuoksi sairaiden parantamisesta vastasivat kuitenkin myös välskärit, kansanparantajat ja puoskarit. Piirilääkärien tehtäviin kuului alusta alkaen alueensa terveydenhuolto, erityisesti tartuntatautien ehkäisy.⁹⁵ Kasvanut kiinnostus väestön terveydellisiin oloja kohtaan heijastui myös lääkärikoulutukseen, jota uudistettiin merkittävästi käytännöllisempään suuntaan. Turun Akatemiassa jaettiin ensimmäisen kerran lääketieteen tohtorin arvo vuonna 1743 ja lissensiaatteja vihittiin tohtoreiksi ensimmäisen kerran promootiossa vuonna 1781.⁹⁶

Uudistukset ilmensivät kliinisen lääketieteen esiinmarssia ja kirurgian tuloa lääketieteeseen. Filosofiseen traditioon kiinnittynyt yliopistollinen lääketiede ja sairaalakoulutukseen perustunut kirurgia olivat pitkään olleet erillään. Tutkinnon suorittaneet lääkärit olivat hoitaneet pääasiassa sisä- ja kulkutauteja ja kirurgisesta toiminnasta olivat vastanneet partureiden ja välskärien ammattikunnat. Nyt lääketieteen kansainväliseksi trendiksi tuli opiskelijoiden käytännöllinen opetus potilasosastoilla diagnoosien tekemisessä ja hoidon antamisessa.⁹⁷ Kirurgia tuli osaksi koulutusta, ja Ruotsissa säädettiin vuonna 1753, että tulevien kaupungin- ja piirilääkärien sekä rykmentinvälskärien oli suoritettava kliininen palvelu Tukholman serafimilasaretissa. Yhteinen sairaalaopetus kirurgeille ja lääkäreille edisti näiden ammattien yhdistymistä. Vuonna 1802 määrättiin kliinisten luentojen antamisesta lääketieteen opiskelijoille ja myös kliinistä harjoittelua ryhdyttiin järjestämään.⁹⁸ Turkuun oli saatu vuonna 1756 lääninlasaretti, joka palveli myös lääketieteen opetusta. Vuonna 1778 lääketieteelliseen tiedekuntaan perustettiin toinen professuuri, jonka alana olivat anatomia, kirurgia ja lapsenpäästöoppi.⁹⁹

Suomen siirryttyä Venäjän vallan alle suuriruhtinaskunnan lääkintätointa valvomaan perustettiin keskusvirastoksi ammattikunnan johtama Collegium Medicum, joka jatkoi Ruotsin ajan perinteitä. Collegium Medicum vastasi maan terveyden- ja sairaanhoidon olosuhteiden kehittämistä ja myönsi lääkäreille oikeuden harjoittaa ammattiaan. Yksi tehtävä oli myös puoskaroinnin vähentäminen valistustoiminnan avulla. Kun kollegion muodostivat yliopiston professorit, maan lääkärinkunnan keskus oli käytännössä yliopiston lääketieteellinen tiedekunta.¹⁰⁰ Käy-

94 Johnsson 1928, 4; Klinge 1987, 527.

95 Kontturi 2014, 1, 6; Tiitta 2009, 16; Rinne ja Jauhiainen 1988, 74–81.

96 Klinge 1987, 527–529, 574; Knapas 1987, 265–274.

97 Bonner 1995, 103–109.

98 Kock 1970, 267–271; Klinge 1987, 527–531.

99 Klinge 1987, 210–212; Leikola 1989, 371.

100 Tiitta 2009, 18–23; Leikola 1989, 371.

tännön kenttätöiden tason muodostivat piirilääkärit, joista tuli 1800-luvun aikana korostetusti valtion virkamiehiä ja joiden määrää myös lisättiin. Heillä oli laaja terveydenhuollon tehtäväkenttä. Suomessa ei juurikaan ollut vapaita, vain yksityispraktiikkaa pitäviä ammatinharjoittajia, vaan muut maan lääkärit toimivat kaupungin-, linnan- ja vankilan- sekä sairaalalääkäreinä.¹⁰¹

Kliinisen opetuksen tulo osaksi tutkintoa muutti opetusta ammattia hyödyttävään suuntaan. Yliopiston siirryttyä Helsinkiin sairaalaopetus modernisoitui, kun vuonna 1833 valmistui kliininen instituutti opetuksen tarpeita varten. Tämä oli saksalaismallinen, professorin johtama yliopistoklinikka, johon yhdistettiin lääninsairaala ja veneerinen hoitolaitos. Lisääntynyt kliininen ja demonstraatio-opetus saattoi lääketiedettä opiskelevat ylioppilaat ja heidän opettajansa yhteen aiempaa enemmän, ja ensimmäinen lääketieteellinen yhdistys perustettiin jo 1820-luvun alussa. Opintoja systematisoivat yliopiston vuoden 1828 statoot, jotka vahvistivat tutkintorakenteen. Lääketieteelliseen tiedekuntaan pääsyn edellytykseksi asetettiin filosofian kandidaattitutkinto. Sen jälkeen ylioppilaat suorittivat ensin lääketieteen kandidaattitutkinnon, jossa pääpaino oli anatomialla, ja sen jälkeen lisensiaattitutkinnon, johon kuului vuoden mittainen sairaalapalvelu. Laadittuun suppeaan väitöskirjan ja puolustettuaan sitä julkisesti lisensiaatti sai oikeuden tohtoripromootioon ja laillistetun lääkärin asemaan. Pakollinen tohtorinarvo laillistuksen ehtona poistettiin vuonna 1871, jolloin lisensiaattitutkinnosta tuli luonteeltaan enemmän virkatutkinto. Väitöskirja vaadittiin kuitenkin tohtoriksi promovointiin, jolloin tohtorin tutkinnon tieteellisyys alkoi korostua. Viimeisenä jäänteinä lääketieteen (medisiinan) ja kirurgian erosta oli, että vuosina 1836–1862 yliopistossa saattoi opiskella niin sanotun alemman lääkärintutkinnon, kirurgian kandidaatin tai maisterin, jotka suoritettiin Collegium Medicumille.¹⁰²

Lääkäreitä yhdistämään syntyi lääkintätoimen ylihallituksen pääjohtaja Carl Daniel von Haartmanin aloitteesta vuonna 1835 Finska Läkaresällskapet, joka oli yksi ensimmäisistä suomalaisista tieteellisistä seuroista. Vuosisadan aikana Finska Läkaresällskapet kehittyi yleisen lääkäriyhdistyksen suuntaan, ja sen kokouksissa käsiteltiin myös ammatillisia kysymyksiä sekä terveyden- ja sairaanhoidon kehittämistä. Vuonna 1860 lääketieteen kandidaatit saivat luvan ottaa osaa kokouksiin, mutta harvat hyödynsivät tätä mahdollisuutta.¹⁰³ Vuonna 1881 syntyi kandidaattien keskuudessa fennomaaninen Duodecim-seura, joka keskittyi suomenkielisen lääketieteen termistön luomiseen ja suomen kielen käytön edistämiseen lääkärin työssä. Duodecim oli aluksi enemmän aatteellinen kuin ammatillinen yhteisö, ja siihen liittyi muitakin kuin lääketieteen kandidaatteja, mutta vuosisadan vaihteeseen mennessä siitä oli kehittynyt leimallisesti suomenkielinen lääkäriseura.¹⁰⁴

Lääkärikoulutuksen kehityksen piirteitä olivat 1800-luvun jälkipuoliskolla käytännöllistyminen, tieteellistyminen ja erikoistuminen. Tätä suuntausta ilmensivät

¹⁰¹ Rinne ja Jauhiainen 1988, 81–82; Hakosalo 2008, 18.

¹⁰² Leikola 1989, 374–375, 377; Klinge 1989, 402; von Bonsdorff 1978, 30–31; Johnsson 1928, 3–5. Vuoden 1840 promootiossa oppiarvon nimeksi muutettiin lääketieteen ja kirurgian tohtori.

¹⁰³ Krogius 1935, 30–35, 88, 91–92.

¹⁰⁴ Ignatius 2012, 27–30, 35–40, 61–63.

vuonna 1852 uudistetut yliopiston statuutit. Kun filosofinen tiedekunta jaettiin historiallis-kielitieteelliseen ja fyysis-matemaattiseen tiedekuntaan, lääketieteelliseen tiedekuntaan pääsyn ehdoksi tuli kandidaattitutkinnon suorittaminen fyysis-matemaattisessa tiedekunnassa (myöh. osastossa). Ammatillisissa tiedekunnissa statuutit jättivät voimaan perusidean, että tutkinnossa perehdyttiin periaatteessa koko tiedekunnan alaan.¹⁰⁵ Vuosisadan vaihteesta tuli yliopiston tieteelliselle kehitykselle suotuisaa, akateemisen autonomian aikaa osittain hyvän taloudellisen tilanteen vuoksi.¹⁰⁶ Luonnontieteissä ja lääketieteessä kehitys näkyi professorien määrän kasvuna sekä yliopistollisten laitosten ja klinikoiden perustamisen ja rakentamisen kulta-aikana. Varsinaisten professorien lisäksi tiedekuntaan tuli henkilökohtaisia ylimääräisiä professuureja, jotka olivat kiinteästi opetukseen sidottuja. Uusien alojen opetus liitettiin lääketieteessä tutkinto-ohjelmaan.¹⁰⁷ 1890-luvulla tiedekuntaan perustettiin hammaslääketieteen opettajan toimi ja aloitettiin alan opetus. Tutkinnosta tuli lääketieteen tapaan kolmiportainen: alkututkintoa seurasi hammaslääketieteen kandidaattitutkinto, johon odontologian ylioppilaat lukivat anatomiaa, fysiologiaa, yleistä tautioppia ja bakteriologiaa. Kolmas vaihe, hammaslääkäritutkinto koostui käytännön harjoittelusta ja kuulustelusta.¹⁰⁸ Lääketieteen kandidaattien opinto-ohjelmaan tuli sittemmin myös kurssi hammasklinikalla.¹⁰⁹

Tieteellisen tason ja toimeliaisuuden kasvaessa myös dosenttien määrä lisääntyi. Lääkärit tekivät perinteisesti paljon opintomatkoja ulkomaille. Opetuksessa vaikutteet levisivät dosenttien välityksellä, jotka toivat yliopistolle käytännöllisen, harjoituksiin perustuvan opetusmetodin, ja aiemmin vain kemiassa yleiset laboratorioharjoitukset levisivät muuallekin. Lääketieteessä kandidaattitutkinnon kaikkiin aineisiin tuli käytännöllisiä laboratorioharjoituksia, jotka nojasivat empiirisen mitattavuuden ja eksaktiuden ihanteisiin.¹¹⁰ Mallia laboratorio- ja klinikkaopetukseen otettiin Saksasta. Humboldtilainen ajatus siitä, että professorien tehtävänä oli antaa tutkimuksen mukaista opetusta, korosti heidän asemaansa tieteellisessä työssä, ja professorit loivat klinikoistaan tutkimuslaitoksia.¹¹¹ Oleellista saksalaisessa kliinisessä opetuksessa oli tieteellisen metodin, kriittisen tarkastelun ja vahvan teoreettisen pohjan opettaminen sekä professorien antama esimerkki ja henkilökohtainen opetus sairastuvien vierellä. Sen sijaan Saksassa ei toteutettu opiskelijoiden käytännön harjoittelujaksoa ennen 1900-lukua.¹¹²

Yliopistokoulutuksen laajentuessa opiskelijamäärät kasvoivat. Lääketieteen lissensiaatteja valmistui 1880-luvulla vuosittain 8–9, 1890-luvulla 10–20 ja vuosisadan alussa 20. Pitkän opiskeluajan vuoksi opiskelijoiden joukko oli varsin pieni mutta

105 Klinge 1989, 483–488; Strömberg 1989, 289–290; Leikola 1989, 374–375; Tommila 2002, 55.

106 Jalava 2012, 22.

107 Klinge 1989, 424–439; Knapas 1989(b), 730–731, 739–752.

108 von Bonsdorff 1978, 301; Leikola 1989, 379–380.

109 Esim. Helsingin yliopiston lääketieteellisen tiedekunnan tutkintovaatimukset 1931, 2.

110 Klinge 1989, 438–441; Lääkärien ulkomaanmatkoista vuosisadan vaihteesta ks. esim. von Bonsdorff 1978, 33–34.

111 Huerkamp 1990, 67–70; Bonner 1995, 232–241, 253–255, 269–275; Anderson 2004, 151–154.

112 Simmer 1970, 186–187.

opintoihin moneksi vuodeksi sitoutunut.¹¹³ Opiskeluajan lyhentämiseksi säädettiin vuonna 1889 filosofian kandidaattitutkinnon vaihtoehtoksi erityinen lääketieteellinen, mediko-filosofinen alkututkinto. Tämän medikofilin tutkintovaatimuksiin sisältyivät kuulustelut kemiassa, fysiikassa, eläintieteessä ja kasvitieteessä. Tutkinto suoritettiin fyysis-matemaattisessa osastossa, mutta opintojen pituus oli lyhempi kuin filosofian kandidaattitutkinnon suorittajilla.¹¹⁴ Vastaavanlaiset ”yleisopinnot” filosofisessa tiedekunnassa tulivat sittemmin myös teologeille ja juristeille kandidaattitutkinnon rinnalle.¹¹⁵ Vuonna 1903 lääketieteen lisensiaattitutkinnon sairaa-laharjoittelua täsmennettiin yksityiskohtaisesti määritellyiksi kuukausi- ja viik-komääriksi, mikä tarkoitti siirtymistä erityisiin kursseihin sidottuun opetukseen. Aikaisempien vapaampien opintojen sijaan tutkinto oli suoritettava seitsemänä vuosikurssina yhteensä 12 klinikalla tai poliklinikalla, ja tämän muutoksen myötä syntyivät lääketieteelle ominaiset kurssiyhteisöt.¹¹⁶

Naisia alkoi tulla lääkärikoulutukseen vähitellen 1870–1890-luvuilla. Vuonna 1870 päätettiin, että naiset saattoivat hakea erivapaudella opiskelemaan yliopis-toon. Lisäksi sallittiin naisille, ”jotka haluavat omistautua lääkärintutsumukselle”, opiskelu lääketieteellisessä tiedekunnassa ilman ylioppilastutkintoa ja kuulumatta yliopistoon. Kehitys kulki näin samaan tapaan kuin Ruotsissa.¹¹⁷ Ensimmäisenä naisena sai Rosina Heikel luvan vuonna 1871 seurata opetusta lääketieteellisessä tiedekunnassa, ja hän valmistui lisensiaatiksi vuonna 1878. Hän oli kuitenkin poik-keus ja joutui turvautumaan moniin ”kiertoteihin”, kuten naislääkäreitä tutkinut Heini Hakosalo on todennut. Esimerkiksi anatomian opintoja pidettiin monis-sa maissa sopimattomina naisille, ja myös Heikel suoritti leikkelyt yksin erillään muista opiskelijoista. Naisten säännöllinen ja yhdenmukainen lääkärikoulutus alkoi vuonna 1888, kun tiedekuntaan kirjoittautuivat ensimmäiset naispuoliset tutkinto-opiskelijat Karolina Eskelin ja Ina Rosqvist. He olivat monin tavoin tienraivaajia naismedisiinareille ja olivat myös laajemminkin rakentamassa naisylioppilaiden sosiaalisia verkostoja yliopistolla. Eskelin väitteli ensimmäisenä naisena lääketie-teen ja kirurgian tohtoriksi vuonna 1895. Vähitellen naisylioppilaita alkoivat koskea samat oikeudet ja velvollisuudet kuin miehiä. Osakuntien jäsenyys tuli koskemaan naisia vuonna 1897, mutta heitä oli mukana osakuntatoiminnassa jo tätä ennen. Vuonna 1901 naiset saivat miesten kanssa yhtäläisen oikeuden suorittaa ylioppilas-tutkinnon ja kirjoittautua yliopistoon. Opinnoista naiset suoriutuivat samaa tahtia kuin miehet, ja opintojen keskeyttäminen oli tiedekunnassa harvinaista. Vuoteen 1914 asti naiset joutuivat vielä anomaan ”vapautuksen sukupuolestaan” tullakseen laillistetuiksi lääkäreiksi. Yhtäläinen opinto-oikeus ei siis lääketieteessä taannut mahdollisuuksia harjoittaa ammattia, kun tämän oikeuden saattoi vielä periaat-

113 Strömberg 1989, 310–317; Leikola 1989, 378.

114 Johnsson 1928, 3; Leikola 1989, 376.

115 Klinge 1989, 348, 355–356; Luukkanen 2005, 215; Tommila 2002, 47.

116 Leikola 1989, 376; Klinge 1989, 457; Samanlainen systeemi toteutettiin Ruotsissa vuonna 1907 ja samal-la alkututkinto filosofisessa tiedekunnassa poistui medisiinarien tutkintovaatimuksista, ks. Kock 1970, 277–278.

117 Klinge 1989, 590–592; Kansainvälisesti tarkasteltuna naisten yliopistoihin tulon ensimmäinen vaihe liittyi pyrkimykseen opiskella juuri lääketiedettä, ks. Anderson 2004, 257–260.

teessa evätä naisilta. Hakosalo on todennut, että vaikeinta naisten oli päästä valtion vakituisiin virkoihin etenkin, jos niihin liittyi merkittävää hallinnollista tai tuomiovaltaa. Viralliset säädökset sallivat naisten hakea valtion lääkärinvirkoja, mutta kussakin tapauksessa tuli erikseen harkita naislääkärin sopivuutta tehtävään.¹¹⁸

Vuonna 1920 Suomessa oli 662 lääkäriä, joista valtion palveluksessa oli 236 ja kuntien ja kaupunkien palveluksessa 230. Päätoimisesti yksityispraktiikkaa pitäviä oli 167. Sairaaloita oli perustettu erityisesti 1800-luvun jälkipuoliskolla. Kunnanlääkärilaitos oli alkanut kehittyä 1880-luvulla, kun kunnat saivat mahdollisuuden hakea valtionapua lääkärin palkkaamiseen ja sairastupien perustamiseen. Tämä liittyi kunnallisen itsehallinnon lisääntymiseen ja terveyden- ja sairaanhoidon tuloon kuntien tehtäviksi.¹¹⁹ Taustalla oli hygieni-ajattelun nousu 1800-luvulla, jolloin sairauksien parantamisen rinnalle tuli lääketieteessä tautien ennaltaehkäisy. Jo piirilääkärin tehtäviin oli sisällytynyt kulkutautien ehkäisemistä, mutta vuoden 1879 terveydenhoitoasetus teki siitä laajemman yhteiskunnan tehtävän. Kaupungistumisen ja teollistumisen myötä kysymykset elintapojen ja elinympäristön vaikutuksista sairauksiin ja tautien leviämiseen olivat nousseet esille. Vuosisadan lopulla bakteriologian läpimurto suuntasi käytännön toimia hygienian saralla. Vuonna 1890 yliopistoon perustettiin hygienian professuuri. Lääkärikunta oli myös aktiivinen terveydenhoidon valistustoiminnassa. Kuitenkin vaikka yleinen terveydenhuolto kuului kunnanlääkärin tehtäviin, sairaanhoito muodosti pitkään heidän päätyönä osittain siitä saatujen yksityispraktiikkatulojen vuoksi.¹²⁰

Vuonna 1890 annettiin asetus lääkärintoimen harjoittamisesta, jossa erotettiin laillistetut lääkärit ja ne, jotka olivat oikeutettuja harjoittamaan lääkärintointa. Laillistetun lääkärin oikeudet saattoi saada vain suomalainen lääkäri, joka oli vannonut lääkärinvalan lääkintöhallituksessa. Oikeus lääkärintoimen harjoittamiseen taas oli kaikilla, jotka olivat suorittaneet Suomessa lääketieteen lisensiaattitutkinnon ja ulkomailla valmistuneilla erinäisin ehdoin. Asetuksen korvasi laki lääkärintoimen harjoittamisesta vuodelta 1925, jossa lääkärinvalan tilalle tuli lääkärinvakuutus. Samalla uudeksi säädökseksi tuli, että lääkintöhallitus saattoi poistaa lääkärinoikeudet väärinkäytöstopauksissa.¹²¹

¹¹⁸ Hakosalo 2015(a), 2015 (b), 2006 ja 2008; Naisten tulosta osakuntiin esim. Kuusisto 1978, 149–151.

¹¹⁹ Nyström 2010(b), 159–165.

¹²⁰ Harjula 2007, 16–17; von Bonsdorff 1978, 79–82; Rinne ja Jauhiainen 1988, 86–87.

¹²¹ Rinne ja Jauhiainen 1988, 92–93, 95.

Lääkäri – arvostettu, vapaa ammatinharjoittaja

”Kaikesta tästä ilmenee, että lääkärin ammatti on kaikkia muita ammatteja arvokkaampi, sillä se noudattaa uskonnon ja inhimillisyyden korkeimpia lakeja. Täten voimme todeta, että lääkäriellä on erikoinen asema yhteiskunnassa ja että hänet ammattinsa ansiosta on kutsuttu olemaan ei ainoastaan armeliaisuuden ja ihmisrakauden harjoittaja vaan myös totuuden esipuhuja kaikessa, mikä koskee ihmisten hyvinvointia sekä heidän oikeuksiaan.”

– Professori Immanuel Ilmoni kirjassaan *Om läkarens yrke och pligter* vuodelta 1847

1800-luvun alkuun asti lääkäreiksi hakeutuivat lähinnä porvariston ja rahvaan lapset, mutta sen jälkeen yliopisto alkoi säätyläistyä. Kun syntyperään ja säätyasemaan perustunut yhteiskunnallinen arvostus alkoi korvautua yliopistolliseen tutkintoon perustuvalla pätevyydellä, ylemmät säädyt alkoivat hakeutua yhä enemmän yliopistoon. Kehitys jatkui koko 1800-luvun ajan, ja lääketieteellisessä tiedekunnassa se ilmeni erityisen voimakkaasti. Vuosisadan puoliväliin mennessä työläislasten osuus oli pudonnut alle prosenttiin lääketieteen opiskelijoista, ja 1800-luvun viimeisinä vuosikymmeninä kuului tiedekuntaan kirjoittautuneista korkeimpiin yhteiskuntaluokkiin suurempi osuus kuin muissa tiedekunnissa. Muutokseen vaikutti opintojen pituus ja siihen liittynyt kalleus.¹²² Yliopiston rehtori Edvard Hjeltin vuonna 1907 julkaiseman yhteenvedon mukaan lääketieteellinen tiedekunta oli muodostunut koko yliopiston yläluokkaisimmaksi ohittaen juridisen tiedekunnan tässä suhteessa 1880-luvun alussa.¹²³

Muutos ylioppilaiden sosiaalisessa taustassa kertoo lääkärin statuksen noususta 1800-luvun aikana. Esa Konttinen on katsonut, että tähän vaikutti Suomessa lääkäreille määrätty korkea asema virallisessa rankiluokituksessa, Collegium Medicumin merkitys lääkintätoimen organisoimisessa sekä pitkän koulutuksen luoma kuva korostuneen akateemisesta ammatista. Lisäksi luonnon- ja lääketieteiden kehittyminen, siirtyminen ajatukseen tautien spesifistä etiologiasta ja sitä vähitellen seurannut hoitomahdollisuuksien paraneminen nostivat lääkärit ylempään asemaan suhteessa muihin parantajiin.¹²⁴ Historioitsija Konrad H. Jarausch on katsonut, että Saksassa yliopistollinen tutkintojärjestelmä, johon sisältyi tieteellistä ja teoreettista opetusta sekä sen käytännöllistä toteutusta, kohotti akateemiset professiot kutsumuksina muiden ammattien yläpuolelle.¹²⁵ Konttinen on todennut, että Saksassa ”akateeminen *Bildung*-koulutus oli professionaalisen ammatinharjoittajan sosiaalisen statuksen olennainen lähde” ja että myös Suomessa lääkärit hyötyivät yliopistokoulutuksen 1800-luvulla vahvistuneesta asemasta.¹²⁶

Professionalisaatioon on liitetty yhteiskunnallisesti arvostetun aseman saavuttaminen. Lääkärien järjestäytyessä yksi tärkeä väline luoda yhtenäisen ammatti-

¹²² Strömberg 1989, 310–317; Leikola 1989, 378; Konttinen 1991, 156–157.

¹²³ Hjelt 1907, 29 (taulukko 13) ja 38 (taulukko 18).

¹²⁴ Konttinen 1991, 115, 123–127, 149–157; Huerkamp 1990, 66, 69–71; Vuori 1979, 107–113, 167–170.

¹²⁵ Jarausch 1990, 14.

¹²⁶ Konttinen 1991, 61, 268.

kunnan kulttuuria ja kohottaa sen arvostusta oli moraalinen itsesääty. Kirjallisia ohjeita lääkärin toiminnan ohjaamiseksi ryhdyttiin luomaan Amerikassa ja Euroopassa 1800-luvun alussa. Taustalla oli edellisellä vuosisadalla vahvistunut, antiikin hippokraattisesta perinteestä ammentanut humanistis-lääketieteellinen suuntaus, jossa ajatuksena oli etiikan korostamisella estää lääketiedettä muodostumasta puhtaasti kaupalliseksi toiminnaksi, vähentää kilpailua ja riitoja sekä ottaa etäisyyttä muihin parantajaryhmiin. Ihanteeksi nostettiin hyveellisesti ja arvokkaasti käyttäytyvä kutsumuslääkäri, jota ohjasivat inhimillisyys ja kärsivällisyys potilaita kohtaan, salassapitovelvollisuus, hyvä kollegiaalisuus ja kunniallisuus yleisessä käytöksessä. Oleellista oli, että lääkärin virka tai toimi merkitsi velvollisuuksia, kuten etuoikeuksia – näin lääkäri oli ensisijaisesti yhteisön ja yhteisen hyvän, ei yksityisen potilaan palveluksessa.¹²⁷ Motzi Eklöf on katsonut, että eettisten ohjeistojen juuret olivat kolmella suunnalla: hippokraattisessa perinnössä, kristillisessä etiikassa ja ammatillisessa käytöskoodistossa.¹²⁸

Suomessa humanistisen lääketieteen traditiota tulkitsi ja välitti teoreettisen ja käytännöllisen lääketieteen professori Immanuel Ilmoni, joka toimiessaan vuoden 1847 lääketieteellisen tiedekunnan promootion promoottorina julkaisi muistoksi promovendeille luentojensa pohjalta kootun kirjasen *Om läkarens yrke och pligter*. Ilmoni edusti lääketieteessä oppi-isänsä, Uppsalan yliopiston lääketieteen professorin Israel Hwasserin tavoin luonnonfilosofista koulukuntaa sekä ylevää käsitystä lääkärin tehtävästä. Ilmoni korosti toimen inhimillisiä ja henkisiä puolia, kuten ihmisorjallisuuden ja uskonnon merkitystä, sekä lääketieteen roolia kurjuuden voittamisessa. Tärkeää oli muun muassa ystävällinen ja rauhallinen käytös kanssaihmisissä kohtaan, mistä lääkärin arvostus ja potilaiden luottamus pitkälti riippuivat.¹²⁹ Ilmoni toi myös esille, että lääkärin oli seuraelämässä pystyttävä osoittamaan olevansa sivistynyt ja seurustelemaan korkeimpaan yhteiskuntaluokkaan kuuluvien kanssa.¹³⁰ Arvostetun aseman takaamiseksi tärkeää oli lääkärikunnan yhtenäisyys ja kollegiaalisuus. Ilmoni painotti, että jokainen lääkäri oli suuren yleisön silmissä aina koko ammattikunnan edustaja, jolloin oli muistettava arvokas käytös kollegoja kohtaan. Toisen lääkärin arvostelu saattoi vahingoittaa lääketiedettä ja ammattikuntaa vähentämällä yleisön luottamusta lääkäreihin.¹³¹ Claudia Huerkamp on korostanut, että eettisissä ohjeistoissa yksi tärkeimmistä kollegiaalisen käytöksen periaatteista oli juuri pidättäytyä ”maallikoiden” läsnä ollessa kritisoimasta kollegan lääketieteellisiä toimenpiteitä.¹³²

Lääkärikunnan eettistä perinnettä välitti lääkärinvala, joka vannottiin opintojen päätteeksi joko antiikinaikaisen Hippokrateen valan muodossa tai sen muunneltuna. Antiikin Kreikassa vala toimi osoituksena tietyn alueen lääkärin pyrkimyksistä määritellä suhdettaan muihin parantajiin ja laajempaan yhteisöön sekä yhteistä

¹²⁷ Baker 1993, 861–870; Myös Vuori 1979, 167–168; Huerkamp 1990, 71.

¹²⁸ Eklöf 2000, 186.

¹²⁹ Ilmoni 1984 (1847); Oker-Blom 2000 (1911), 1–2; Eklöf 2000, 195–196; Nilsson 2003, 72–73; Hwasser toimi vuosina 1817–1829 Turun Akatemiassa teoreettisen ja käytännöllisen lääketieteen professorina.

¹³⁰ Ilmoni 1984 (1847), 23–24.

¹³¹ Ilmoni 1984 (1847), 35–37.

¹³² Huerkamp 1990, 69–71; Myös Vuori 1979, 162–170.

eettistä perustaa potilastyössä. Hippokrateen vala siirtyi Euroopan lääkärikouluihin ja yliopistoihin, ja siitä tuli ammattikunnan yhtenäisyyttä luova ja ylläpitävä teksti, joka toimi ryhmän jäsenyyden symbolina.¹³³ Valat kuuluivat myös akatemiseen kulttuuriin, kuten Ruotsin yliopistojen promootioperinteisiin.¹³⁴ Uppsalan yliopiston statuuteissa oli mainittu lääketieteellisen tiedekunnan promootiossa vannottava latinankielinen lääkärinvala, *Juramentum medicorum*. Sen rinnalle tuli vuonna 1758 vahvistettu Hippokrateen valaan pohjautuva lääkärinvala, jonka jälkeen Ruotsissa vannottiin valat sekä Collegium Medicumin edessä että yliopistossa. Vuonna 1887 vala poistettiin kokonaan vaitiolovelvollisuussäännösten siirryttyä rikoslakiin ja lääkäreille vahvistettiin johtosääntö. Suomen suuriruhtinaskunnassa vahvistettiin vuonna 1825 valakaava, joka ajoittain uusittuna oli käytössä vuoteen 1925 asti. Tällöin vaitiolovelvollisuudesta säädettiin rikoslaissa, ja valan tilalle tuli lääkärinvakuutus. Valatekstissä korostettiin eri aikoina muun muassa ammatin korkeaa päämäärää, salassapito- ja totuudenmukaisuusvelvollisuuksia, opetuksen kunnioittamista ja siihen perustavaa hoitoa sekä oikeaa suhtautumista potilaisiin ja kollegoihin. Kristillinen perinteen mukaan vannottiin Jumalan nimeen, mikä muuttui 1900-luvulla vannomiseksi kunnian ja omantunnon kautta.¹³⁵ Heini Hakosalo on huomauttanut, että vuosisadan vaihteessa käytössä ollut valakaava korosti enemmän lääkärin roolia laillisen yhteiskuntajärjestyksen puolustajana kuin parantajana.¹³⁶

Eettisiä koodistoja kokosivat yleensä lääkärien omat yhteisöt. Suomessa lääkärikuntaa oli yhdistänyt Finska Läkaresällskapet, mutta tilanne muuttui kieliriidan ja Duodecim-seuran perustamisen myötä. Kun lääkärikunta alkoi jakautua kahteen seuraan, Finska Läkaresällskapetin yleisessä kokouksessa esitettiin vuonna 1909 kaikille yhteisen, maanlaajuisen liiton perustamista huolehtimaan lääkärien taloudellisesta ja sosiaalisesta asemasta, edustamaan lääkäreitä työnantajien suuntaan sekä pitämään yllä sisäistä järjestystä. Suomen Yleinen Lääkäriliitto perustettiin seuraavana vuonna *”arvonmukaisen hengen ja hyvän toveruuden ylläpitämiseksi maan lääkärikunnassa sekä lääkärien yhteiskunnallisten ja taloudellisten etujen valvomiseksi ja edistämiseksi”*. Samu Nyström on eritellyt perustamisen taustaa: keskeistä oli, että lääkärimäärä oli kasvamassa ja ammatinharjoittamisen ympäristö muuttumassa. Lääkärit tarvitsivat ”modernin ajan etujärjestön”. Lääkäriliiton tehtäviksi määriteltiin edunvalvonnan ja kollegiaalisuuden lisäksi pian myös terveydenhuollon kehittäminen.¹³⁷ Samanlainen tilanne oli Ruotsissa. Yksi syy organisoida Ruotsin lääkärikunta yhteiseen liittoon (Sveriges Läkarförbund) vuonna 1903 oli pelko lääkärien arvostuksen vähentymisestä ja moraalisen tason heikentymisestä. Liiton

¹³³ Koskimies Akseli: Lääkärin vaitiolovelvollisuudesta. SLAik 1/1941, 1–42; Vuori 1979, 47–67; Nyström 2010(a), 20; Baker 1993, 853–861.

¹³⁴ Klinge 1987, 344, 468–471.

¹³⁵ Koskimies Akseli: Lääkärin vaitiolovelvollisuudesta. SLAik 1/1941, 1–42; Kock 1939, 277–279; Suomen suuriruhtinaskunnassa vuosina 1825–1880 voimassa olleen lääkärinvalan teksti, ks. Krogius 1935, 154.

¹³⁶ Hakosalo 2008, 17.

¹³⁷ Nyström 2010(a), 17–19, 21, 23.

tarkoitukseksi määriteltiin välittää vanhempien sukupolvien korkeaa eettistä käsitystä lääkärikunnassa ja ylläpitää hyvää yhteishenkeä.¹³⁸

Suomessa Lääkäriliiton ensimmäinen puheenjohtaja, professori Max Oker-Blom edisti lääkärin etiikan perinteiden välitystä julkaisemalla aiemmin pitämiensä luentojen pohjalta kirjan *Lääkärintoimi ja sen etiikka* vuonna 1911. Kirjassa tarkasteltiin lääketieteellisen humanismin ja kristillisperäisen kutsumusajattelun pohjalta lääkärin työtä ja velvollisuuksia, suhdetta potilaaseen ja työstä saatua palkkaa sekä kollegiaalisuutta.¹³⁹ Oker-Blomin mukaan eettiset ohjeet olivat lääkärikunnassa kirjoittamatonta perinnettä, yleisesti hyväksytty tapa, joka hiljaisena tietona välittyi uusille sukupolville opintojen aikana. Perinteiden välittymisen ja lääkäriksi kasvamisen kannalta opiskelijamäärien kasvu lääketieteellisessä tiedekunnassa oli uhka. Menneiden aikojen ihanteellisen lääkärikasvatuksen Oker-Blom kiteytti vuonna 1917 seuraavasti:

*”Oli aika, jolloin ainakin kaikki samanikäiset lääketieteen harjoittelijat tunsivat toinen toisensa. Vallitsi toverihenki, joka oli omansa ’hiomaan’ yksilöä. Ominaisuudet, jotka eivät soveltuneet ylevän toiminnan harjoittajalle, tulivat ehkäistyiksi kehityksessään; ja se epäedullinen vaikutus, minkä ne aikoinaan olisivat voineet tuottaa yhteiskunnalle – samalla lääkärikuntamme arvoa alentaen – tuli ajoissa torjutuksi. ’Hyvät traditsionit’ pitivät huolta siitä, ettei lääkärikokelas päässyt suistumaan raiteilta. Ja kehittynyt toverihenki oli takeena siitä, ettei myöhemminkään elämässä mainittavampia hairahduksia ilmaantunut lääkärikunnassamme.”*¹⁴⁰

Lääkärikunnan kasvun vuoksi kirjallisten eettisten ja kollegiaalisten ohjeiden kokoaminen tuli ajankohtaiseksi. Lääkäriliittoon oli lähinnä saksalaisten ja pohjoismaisten esimerkkien mukaisesti perustettu kunnia- ja sovintotuomioistuin ratkaisemaan lääkärin välisiä riitoja. Vuonna 1917 hyväksyttiin Lääkäriliiton lausunto kollegiaalisuutta koskevista kysymyksistä, jossa annettiin ohjeita vaitiolovelvollisuudesta, toisen lääkärin potilaan hoitamisesta, konsultaatioista ja palkkioista. Nämä olivat Suomessa ensimmäiset kirjalliset ohjeet lääkäreille. Perinteiden välittämisen lisäksi ohjeissa otettiin kantaa ajankohtaisiin ongelmakohtiin, ja ne toimivat näin ohjenuorana kunnia- ja sovintotuomioistuimelle.¹⁴¹

Eettiset koodistot ilmensivät ammattikunnan sisäistä kontrollia ja kurinpitoa. Toinen tehokas väline yhtenäisyyden luomiseen oli sosiaalinen toiminta ja hyvän toveruuden ylläpitäminen. Tässä olivat keskeisessä roolissa valtakunnalliset ja paikalliset lääkäriyhdistykset ja -seurat, joiden järjestämät kokoukset ja illanvietot kokosivat lääkäreitä yhteen kuulemaan ajankohtaisia tieteellisiä esitelmiä, keskustelemaan ammattiin liittyvistä kysymyksistä ja muista asioista sekä nauttimaan usein

¹³⁸ Nilsson 2003, 71; Eklöf 2000, 205–207.

¹³⁹ Oker-Blom 2000 (1911); Kirjan taustasta Aalto 2010, 53–56.

¹⁴⁰ Oker-Blom Max: Nykyisestä tulvasta lääkärin alalle sananen. Duodecim 11–12/1917, 563–566.

¹⁴¹ Aalto 2010, 55–57; Sääntöjen saksalainen tausta tulee esille esimerkiksi Oker-Blomin kirjasta *Lääkärintoimi ja sen etiikka*, jossa Oker-Blom käytti lähdeoteina Erich Paiperin kirjaa *Der Arzt* ja Julius Paigelin kirjaa *Medizinische Deontologie*. Lisäksi Oker-Blom viittasi useasti saksalaisen Albert Mollin teokseen *Ärztliche Ethik* vuodelta 1901. Oker-Blom 2000 (1911), 44, 238–239.

myös kulttuuriohjelmasta.¹⁴² Vuonna 1949 V. Saloheimo kuvasi Keski-Suomen lääkäriyhdistyksen illanviettoja ja niiden merkitystä maaseudun lääkäreille seuraavasti: *”Näitten illanistujaisten ’vapaa sana’ on monituiset kerrat jäsenten mielen virkistänyt ja maaseutukollegain orpoudentunteen hälventänyt, mutta samalla se ammattialoilla liikkuessaan on myös näköaloja avartavaa ollut.”*¹⁴³

Vuosisadan alkupuolella lääkäri oli arvostettu, vapaa ammatinharjoittaja ja sivistyneistön edustaja. Yleensä valmistuneiden lääkärien akateemisen identiteetin syntyyn olivat vaikuttaneet kodin, koulun ja yliopiston kulttuuriperintö. Oleellista lääkärien arvostukselle ei ollutkaan vain lääketieteellinen tietämys vaan myös akateemisen kansalaisen roolin omaksuminen ja osallisuus yläluokassa. Tämä merkitsi sitä, että vuosisadan alun lääkärikunta jakoi suomalaisen sivistyneistön tavoin porvarillisen Suomen käsitykset isänmaallisuudesta ja kansallisesta edusta.

¹⁴² Aalto 2010, 72–73.

¹⁴³ Saloheimo V.: Keski-Suomen Lääkäriyhdistys 25-vuotias. SLL 23/1949, 807–812.

II Laajan sivistysihanteen kasvatit (1933–1944)

1. Kenestä lääkäri ja millä eväillä?

Numerus clausus tulee lääketieteelliseen tiedekuntaan

”On luonnollista, että sille tiedekunnalle, jolla on vastuu tulevien lääkärien ja hammaslääkärien kasvatuksesta, myöskin pitäisi kuulua alkeisopetuksen järjestäminen näille opiskelijoille -- sekä ennen kaikkea opiskelija-aineiston karsiminen. Millään vieraalla tiedekunnalla ei voi olla samoja edellytyksiä ratkaista keillä nuorista opiskelijoista on suurimmat edellytykset tulla lääkäriksi ja hammaslääkäriksi. Tämä vaikea ratkaisu kuuluu -- lääketieteellisen tiedekunnan sekä oikeuksiin että velvollisuuksiin.”

Näin lausuiivat lääketieteellisen tiedekunnan professorit mietinnössään vuodelta 1932, jossa tarkasteltiin mahdollisuuksia rajoittaa tiedekuntaan pääsyä jonkinlaisen ylioppilaiden karsinnan avulla.¹ Lainaus kertoo historiallisten kerrostumien vaikutuksesta lääkärikoulutuksessa: tulevien lääkärien tuli edelleen suorittaa tutkintonsa ensimmäinen vaihe matemaattis-luonnontieteellisessä osastossa ennen opintojen aloittamista lääketieteen parissa. 1930-luvulle tultaessa tilanne oli muodostunut ammattikasvatuksen näkökulmasta hankalaksi, sillä alkuopintojen sisältöä ei ollut suunniteltu erikseen tuleville lääkäreille. Lisäksi akuutin kriisin aiheutti ns. ylioppilastulva, jonka myötä lääketieteellisessä tiedekunnassa aloittaneiden määrä lisäantyi voimakkaasti. Tiedekunnan tilanahtaus ja ruuhkaantunut tilanne johtivat siihen, että kesällä 1933 annettiin asetus Helsingin yliopiston lääketieteellisessä tiedekunnassa opiskelevien lukumäärän rajoittamisesta. Tämä merkitsi keskeistä murrosta yliopistollisten opintojen avoimuudessa ja akateemisessa vapaudessa, sillä käytännössä kyseessä olivat ensimmäiset sisäänpääsyrajoitukset, *numerus clausus*, johonkin yliopiston tiedekuntaan.² Rajoituksilla oli muitakin huomattavia vaikutuksia, sillä

¹ Komiteamietintö alkututkinnosta liitteenä lääket. tdk ptk 24.5.1932 (16§), HYKA.

² Ronkainen on huomauttanut, että sisäänpääsyä rajoitettiin ensin farmasian ja voimistelulaitoksella, mutta näiden osalta kyse oli pätevyysehtojen määrittämisestä tilanteessa, jossa sisään otettiin myös ei-ylioppilaita. Niitä ei voi verrata lääketieteelliseen tiedekuntaan, sillä kyse ei ollut määrällisistä rajoituksista, ks. Ronkainen 1992, 37–38.

Helsingin yliopiston lääketieteellinen tiedekunta oli maan ainoa lääkäreiden kouluttaja. Näin opiskelijamäärä oli suoraan yhteydessä maan lääkärimäärään.

1930-luvun alussa lääketieteen tutkinto oli kolmivaiheinen. Ylioppilas kirjoitautui ensin matemaattis-luonnontieteelliseen osastoon ja suoritti siellä lääketieteellisen alkututkinnon eli medikofilitutkinnon tai filosofian kandidaattitutkinnon. Medikofilin oppiaineita olivat kemia, fysiikka, eläintiede ja kasvitiede. Hyväksytyn tutkinnon jälkeen ylioppilas kirjoittautui lääketieteelliseen tiedekuntaan, jossa opinnot olivat kaksivaiheiset. Ensin suoritettiin lääketieteen kandidaattitutkinto anatomiassa, fysiologiassa, lääketieteellisessä kemiassa ja farmakologiassa. Tämän jälkeen kandidaatti pääsi kosketuksiin sairauksien ja potilaiden kanssa, kun hän siirtyi kliinisiin opintoihin. Niihin kuului seitsemän lukukautta palveluksia klinikoilla ja laitoksissa sekä yksittäisiä kursseja tarkan opinto-ohjelman mukaan. Palveluksien päätteeksi kandidaatti suoritti tutkintoaineiden kuulustelut ja valmistui lääketieteen lisensiaatiksi. Sekä kandidaatti- että lisensiaattitutkinnon päätti julkisen kuulustelu eli publiikki. Opintojen aikana kandidaatit työskentelivät yleensä jonkin aikaa vapaaehtoisina amanuensseina yliopistoklinikoilla tai avustajalääkäreinä maaseudun sairaaloissa ja parantoloissa. Neljän lukukauden klinikkaopinnot suoritettuaan kandidaatilla oli mahdollisuus päästä lääkintöhallituksen määräyksellä kunnanlääkärin viransijaiseksi.³ Opintojen pituus oli vähintään 7–8 vuotta, mutta käytännössä keskimäärin 12 vuotta.⁴

Lääketieteellisiä klinikoita oli pitkään koetellut vaikea tilanahtaus. 1910-luvulla lääketiede oli niin suuren kiinnostuksen kohteena, että tiedekunnassa puhuttiin jo silloin ylioppilaiden tulvasta (*"tillströmning"*). Vuoden 1915 alusta kliinisten kursien koko rajoitettiin konsistorin luvalla 20 kandidaattiin lukukaudessa. Tämän jälkeen kliiniseen vaiheeseen pääsy ratkaistiin kandidaattitutkinnon arvosanojen perusteella, ja ylijääneet jäivät odottamaan seuraavan kurssin alkua.⁵ Pian tämän jälkeen konsistorille esitettiin sisäänpääsyn rajoittamista koko tiedekuntaan, vaikka sen todettiin merkitsevän yliopiston perinteiseen opiskeluvapauteen kajoamista.⁶ Asian periaatteellinen puoli nousi laajempaan keskusteluun, ja esimerkiksi Lääkäriseura Duodecim katsoi, että rajoitukset toisivat yliopistoon *"uuden ja sen hengelle vieraan periaatteen"*. Lisäksi niiden pelättiin lisäävän ylioppilaiden keskinäistä kilpailua, pidentävän opintoaikaa ja aiheuttavan lääkäripulaa.⁷ Konsistori ei suostunutkaan tiedekunnan pyyntöön.⁸ Muutaman vuoden kuluttua tiedekunta nosti kliinisten kurssien koon 40 kandidaattiin, kun sisällissota ja espanjantaudiksi

3 Helsingin yliopiston lääketieteellisen tiedekunnan tutkintovaatimukset 1931; Ks. myös liite 3 Lääketieteen opintojen rakenne ja tutkintovaatimukset eri aikoina.

4 Komiteamietintö alkututkinnosta liitteenä lääket. tdk ptk 24.5.1932 (16\$), HYKA.

5 Lääket. tdk ptk 17.3.1914 (7\$), 28.4.1914 (2\$), 27.10.1914 (1\$), 1.12.1914 (1\$) liitteineen, HYKA; Oker-Blom Max: Till frågan om moderering av den starka tillströmningen av studerande till medicinska fakulteten. Tiedonantoja 3/1916, 89–94.

6 Lääket. tdk ptk 21.5.1915 (6\$), 26.11.1915 (2\$), HYKA; Åtgärder med anledning av det stora antalet studerande i medicinska fakulteten. Asiakirjoja yliopistoasioissa 8/1915.

7 Duodecim-seuran kokousten pöytäkirjoja. Duodecim 9–10/1916, 437–444.

8 Lääket. tdk ptk 17.2.1916 (3\$), 16.5.1916 (2\$) liitteineen, HYKA; Myös Medicinska fakultetens utlåtande med anledning af den stora tillströmningen af studerande till fakulteten. Asiakirjoja yliopistoasioissa 5/1916.

kutsuttu influenssaepidemia toivat esille maassa vallitsevan katastrofaalisen lääke-ripulan.⁹ Samoihin aikoihin tiedekunta sai hieman helpotusta tilanahtauteen entisestä venäläisestä sotilassairaala Unioninkadun varrella.¹⁰

Suurta kurssikokoa kliinisessä vaiheessa ei pidetty toivottavana, koska kandidaattien paljous vaikeutti lääketieteen opetuksen perinteisten ihanteiden toteuttamista. Ihanteena pidettiin käytännöllistä opetusta ja henkilökohtaista ohjausta sairasosastoilla sekä mahdollisuutta seurata läheisesti professori-ylilääkäreiden työtä. Näin kandidaatin katsottiin parhaiten saavuttavan käytännön lääkärin ammatilliset valmiudet. Kun potilaspaikkamäärä oli kaiken lisäksi pieni, ”sairasmateriaalia” ei aina ollut riittävästi opetuksen tarpeisiin. Suurissa ryhmissä kandidaatit saivat vähemmän omia potilaita hoitaakseen, ja osa taudeista tuli tutuiksi vain kirjoista, ei omien havaintojen kautta. Esimerkiksi 1910-luvulla tiedekunnassa pidettiin vakavana sisätautien klinikoiden tilanahtautta, koska erityisesti propedeuttis-lääketieteellisen, lääkäreiden tutkimusmenetelmiin keskittyneen opetuksen oli tärkeää olla henkilökohtaista.¹¹ 1920- ja 1930-luvuilla klinikkaopetusta leimasivat jatkuvat vaikeudet vanhojen, huonokuntoisten ja eri puolille kaupunkia sijoittuneiden rakennusten kanssa. Suunnitelmat uusien klinikoiden rakentamisesta Meilahden eivät edenneet tasavallan poliittisen eripuraisuuden ja taloudellisen niukkuuden ilmapiirissä. Myöskään Turun yliopiston ja Duodecimin aktiivisesti ajama hanke toisen tiedekunnan perustamisesta ei toteutunut, sillä Meilahden klinikoiden rakennussuunnitelmat saivat lopulta 1920-luvun jälkipuoliskolla valtion budjetissa etusijan Turun lääninsairaalan korjauksiin nähden. Turun tiedekunnan perustamishankkeen taustalla oli lääkäritarpeen kasvu ja suomen kielen heikoksi koettu asema Helsingin tiedekunnassa. Vaikka hanke ei toteutunut, Turun yliopistossa saattoi suorittaa medikofilitutkinnon vuosina 1923–1933.¹²

Lääketieteellisessä tiedekunnassa opiskelijamäärä oli sodan jälkeen jopa hieman laskenut, ja tiedekunta myös pyrki pienentämään klinisten kurssien kokoa, jotta henkilökohtainen opetus toteutuisi paremmin.¹³ 1920-luvun lopulla yliopistoon kirjoittautuneiden määrä alkoi kuitenkin kasvaa nopeasti niin, että julkisuudessa alettiin puhua ”ylioppilastulvasta”. Sen yleisiä taustasyitä olivat (suomenkielisen) koululaitoksen laajentuminen, kaupungistuminen, parantuneet taloudelliset olot, naisylioppilaiden määrän kasvu sekä pyrkimykset suomenkielisen sivistyneistön luomiseen ja sosiaaliseen nousuun. Ylioppilastutkinto oli edelleen yliopistoon pääsyn edellytys, vaikka se olikin vuoden 1919 jälkeen muuttunut luonteeltaan

9 Lääket. tdk ptk 11.10.1918 (1–2§), HYKA; Myös Vannas Mauno: Lääketieteellisten opintojemme tar-koituksen mukaisuus ja pituus. SLAik 5/1938, 183–192; Tarmio 1993, 23, 28–33.

10 Knapas 1989(a), 272; Wichmann S. E.: Uusien yliopistoklinikkain rakennussuunnitelmien viimeaikaiset vaiheet. Duodecim 12/1924, 600–610; Knapas 1990, 587.

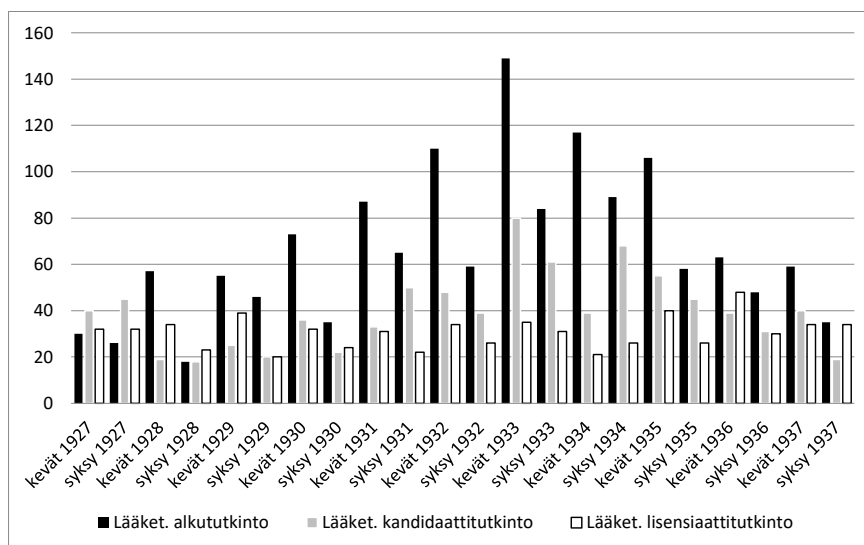
11 Medicinska fakultetens utlåtande med anledning af den stora tillströmningen af studerande till fakul-teten. Asiakirjoja yliopistoasioissa 5/1916; Myös lääket. tdk ptk 28.4.1914 (2§) liitteineen, HYKA.

12 Tarmio 1993, 28–43; Tommila 2002, 117–118. Myös Åbo Akademiassa pohdittiin jossain vaiheessa lääke-tieteellisen tiedekunnan perustamista.

13 Tiedekunta oli esimerkiksi tehnyt vuonna 1926 esityksen konsistorille 3-lukukausijärjestelmän käyt-töönottamisesta kliinisissä opinnoissa, mutta tämä ei ilmeisesti kustannussyistä johtanut toimenpitei-siin. Lääket. tdk ptk 5.3.1926 (1§) liitteineen, HYKA; Myös Komiteamietintö liitteenä lääket. tdk ptk 24.5.1932 (16§), HYKA.

enemmän oppikoulun päästötutkinnoksi. Näin uusien oppikoulujen perustaminen kasvatti suoraan yliopistoon kirjoittautuneiden määrää. Yliopistopiireissä ylioppilastulva koettiin uhkaavaksi, sillä sen pelättiin johtavan akateemisen työttömyyden lisääntymiseen ja ”oppineen köyhälistön” syntyyn.¹⁴

Lääketieteellisen tiedekunnan kannalta ongelmaksi muodostui, että matemaattis-luonnontieteellisessä osastossa medikofilitutkintoa opiskelevien määrä kasvoi voimakkaasti. Kun vuosina 1926–1928 medikofilitutkinnon suoritti 168 ylioppilasta, vuosina 1929–1931 kohosi vastaava luku 361:en ja vuosina 1932–1934 jopa 584:än. Vuosina 1932–1934 tiedekuntaan kirjoittautui vuosittain 194 ylioppilasta.¹⁵ Tiedekunta oli kyllä tiedostanut tilanteen. Jo vuonna 1927 se esitti konsistorille opiskelijoiden karsintaa tiedekuntaan pääsyn yhteydessä, koska tulevaisuudessa nähtiin uhkaavan medikofilarien ”massatuotanto”, mutta asia ilmeisesti hautautui konsistoriin.¹⁶ Medikofili- ja kandidaattitutkintojen määrän nopea kasvu näkyy kaaviossa 1.



Kaavio 1. Helsingin yliopistossa suoritettut lääketieteelliset tutkinnot 1927–1937.¹⁷

Opiskelijoiden suuri määrä aiheutti ruuhkaa ja ahtautta peruslääketieteiden laitoksilla sekä jonotusta klinisille kursseille. Kandidaatteja valmistui vuosina 1931–1935 säännöllisesti yli klinikkakurssien enimmäiskoon, kuten kaavio 1 osoittaa. Kliinikoille pääsyn ratkaisi niin sanottu kladijärjestys, jonka perusteet oli luotu vuonna 1915 rajoitettaessa klinisten kurssien kokoa. Kandidaattien kladijärjestys muodostui tutkinnon suorittamisajankohdan ja arvosanojen perusteella. Tutkinnon aiem-

¹⁴ Ylioppilastulvan vastustamiskomitean mietintö 1935, 17–24; Ylioppilastulvatilanteemme 1936; Myös Strömberg 1990, 518–529.

¹⁵ Ylioppilastulvan vastustamiskomitean mietintö 1935, 35.

¹⁶ Lääket. tdk ptk 8.11.1927 (12\$), 22.11.1927 (1\$) liitteinen, HYKA; Pienen konsistorin ptk 14.12.1927 (4\$), HYKA.

¹⁷ Luvut kerätty Helsingin yliopiston luetteloista vuosilta 1927–1937.

min suorittaneilla oli etuoikeus päästä kliiniselle kurssille, ja samaan aikaan tutkinnon suorittaneiden keskuudessa paremmat arvosanat ratkaisivat järjestyksen.¹⁸ Nyt jouduttiin myös prekliiniseen vaiheeseen laatimaan kladijärjestys, jotta lääketieteellisen kemian käytännöllisten töiden vähäiset työskentelypaikat voitiin jakaa.¹⁹ Opintojen lyhentämiseksi oli järjestetty vuodesta 1924 säännöllisesti kesäkursseja kolmen viimeisen kliinisen lukukauden kandidaateille.²⁰ Näiden lisäksi järjestettiin vuosina 1933 ja 1934 ylimääräiset kurssit mikroskooppisessa anatomiassa ja lääketieteellisessä kemiassa ruuhkan helpottamiseksi.²¹

Ylioppilastulva johti laajaan yliopistotaseeseen periaatekeskusteluun koulutuksen tehtävistä, joka kiteytyi kysymykseen siitä, voitaisiinko opiskelun vapauteen puuttua sisäänpääsyä rajoittamalla. Rehtori Antti Tulenheimo esitti lukukausien avajaispuheissaan vuosina 1929 ja 1930 useita käytännöllisiä syitä rajoituksille. Näitä olivat ”henkisen köyhälistön” syntymisen uhkan lisäksi opetustilojen ahtaus, opettajien pienenevät mahdollisuudet henkilökohtaiseen ohjaukseen, opetuksen laadun aleneminen, opintojen pidentyminen ja opiskelijoiden velkaantuminen.²² Konsistorissa ryhdyttiin tämän jälkeen pohtimaan asiaa. Joulukuussa 1931 konsistori tiedusteli tiedekunnilta, voitaisiinko niiden alkututkintojen aikana suorittaa entistä tarkempi ylioppilaiden karsinta.²³ Lääketieteellisessä tiedekunnassa kysymystä pohtimaan asetettiin komitea, joka laati asiasta perusteellisen mietinnön. Ylioppilastulvan todettiin olevan todellinen: kandidaattivaiheessa ”pitkä jono ylioppilaita” odotti pääsyä lääketieteellis-kemialliseen laboratorioon ja medikofilitutkinnon suorittaneiden määrä oli kasvamassa entisestään seuraavina vuosina. Tilanne oli kärjistymässä ”pelottavassa määrässä”. Komitea viittasi myös siihen, että Oslon yliopistossa klinikoille jonotti noin 200 lääketieteen opiskelijaa, koska viranomaiset eivät olleet suostuneet sisäänpääsyrajoituksiin. Tiedekunta yhtyi komitean loppupäätelmiin, joiden mukaan tiedekuntaan olisi otettava vain sen verran ylioppilaita kuin klinikoiden tilat sallivat. Tähän vaikutti myös komitean käsitys, ettei maassa voinut ”mitään suurempaa epäsuhtaa suuntaan tai toiseen lääkärintarpeen ja käytettävissä olevien lääkärivoimien välillä”, vaan klinikkakurssien enimmäismäärä, 80 vuodessa, riitti tyydyttämään tarpeen.²⁴

Komitean mukaan ainoa tehokas keino oli rajoittaa opiskelijamäärää mahdollisimman varhaisessa opintojen vaiheessa. Kuitenkaan vallitsevan järjestelmän

18 Lääket. tdk ptk 1.12.1914 (1\$), 26.1.1915 (4\$), 10.10.1922 (5\$), 29.11.1927 (12\$), 19.1.1932 (20\$), 26.1.1932 (7\$), 2.2.1932 (5\$) liitteineen, HYKA.

19 Lääket. tdk ptk 16.2.1932 (10\$), 23.2.1932 (6\$) liitteineen, HYKA.

20 Lääket. tdk ptk 9.5.1919 (9\$), 16.3.1920 (1\$), 13.4.1920 (1\$), 8.4.1924 (5\$), 15.4.1924 (9\$), 2.5.1924 (8\$), 27.1.1925 (5\$), 31.3.1925 (3\$), 16.3.1926 (3\$, 7\$), 22.2.1927 (1\$), 29.3.1927 (2\$), 3.4.1928 (2\$), 30.4.1929 (3\$), 19.11.1935 (8\$) liitteineen, HYKA. Kiinnostavaa on, että kandidaatit ilmeisesti kustansivat kesäopintonsa osittain itse. Tähän viitataan mm. pöytäkirjassa 1.3.1927 (5\$), jossa päätettiin anoa konsistorilta lisää rahaa kesäkursseihin, etteivät opiskelijat ”taas tänäkin vuonna” joutuisi itse palkkaamaan opettajia.

21 Lääket. tdk ptk 26.4.1932 (13\$), 3.5.1932 (9\$), 14.2.1933 (5\$), 21.2.1933 (16\$), 2.5.1933 (17\$), 13.3.1934 (11\$), 20.3.1934 (15–16\$), 10.4.1934 (13\$) liitteineen, HYKA.

22 Rehtorin puheet 1937, 160–170, 196–208.

23 Lääket. tdk ptk 8.12.1931 (17\$), HYKA.

24 Komiteamietintö liitteenä lääket. tdk ptk 24.5.1932 (16\$), HYKA; Lääket. tdk ptk 31.5.1932 (15\$), HYKA.

puitteissa ei ollut mahdollista suorittaa ylioppilaiden karsintaa, vaan tarvittiin uusia ratkaisuja. Näin kysymys sisäänpääsyrajoituksista kietoutui vuosikymmeniä esillä olleeseen kysymykseen opintojen uudistamisesta²⁵. Lääketieteen opintoaika oli pitkä, mikä aiheutti muun muassa kandidaattien huomattavaa velkaantumista. Tämä näkökulma sai lisää painoarvoa 1930-luvun alun taloudellisen laman aikana. Komitea totesi medikofilitutkinnon olevan perusteellisen uudistuksen tarpeessa. Vertailu Skandinavian maihin osoitti, että medikofilitutkinnon vuoksi lääkäriksi valmistuminen kesti Suomessa pidempään kuin muualla. Muissa maissa ylioppilas kirjoittautui suoraan lääketieteelliseen tiedekuntaan, jossa opiskeltiin perusluonnontieteitä ainoastaan sen verran kuin oli välttämätöntä tulevassa ammatissa toimimiselle. Komiteamietinnöstä on tulkittavissa, että 1930-luvun alussa lääketieteellisessä tiedekunnassa oli voimistunut ammattikasvatuksellinen näkökulma, joka oli ajautunut ristiriitaan vanhojen yliopistollisten perinnekerrostumien kanssa – tällainen oli alkututkinnon suorittaminen matemaattis-luonnontieteellisessä osastossa. Komitea vaati, että perusluonnontieteiden opetus oli siirrettävä lääketieteelliseen tiedekuntaan ja sitä oli selvästi lyhennettävä. Lisäksi alkututkinnon yhteyteen oli luotava järjestelmä, jonka avulla voitaisiin suorittaa opiskelijoiden karsinta.²⁶ Perusluonnontieteitä ei kuitenkaan voitu kokonaan poistaa medisiinarien opinnoista, sillä koulujen fysiikan ja kemian opetusta pidettiin riittämättömänä lääketieteen opintojen pohjaksi.²⁷

Perusluonnontieteiden opetuksen siirtäminen lääketieteelliseen tiedekuntaan oli kuitenkin sen verran suuri uudistus, että konsistorille päätettiin esittää tässä vaiheessa sisäänpääsyn rajoittamista tiedekuntaan ja kasvitieteen poistamista medikofilitutkinnosta. Tutkinnonuudistus olisi kuitenkin aloitettava lähitulevaisuudessa.²⁸ Matemaattis-luonnontieteellinen osasto kannatti esityksiä.²⁹ Konsistorin kehotuksesta lääketieteellinen tiedekunta laati vielä ehdotukset asetuksiksi, joilla muutettiin medikofiilin tutkintovaatimuksia ja säädettiin konsistorille oikeus tiedekunnan esityksestä määrätä lukukausittain sisään otettava opiskelijamäärä.³⁰ Asian laajakantoisuuden vuoksi sitä käsiteltiin keväällä 1933 useampaan kertaan suuressa konsistorissa, jossa esiintyi mielipiteitä puolesta ja vastaan.³¹ Samoihin aikoihin myös konsistorin asettama komitea esitti *numerus clausuksen* käyttöönottamista koko yliopistossa. Suurin osa tiedekunnista ja osastoista vastusti ajatusta, sillä sitä pidettiin yliopistolle vieraana periaatteena eikä ylioppilastutkinnon katsottu soveltuvan pääsykokeeksi. Sen sijaan kannatettiin sitä, että karsinta tapahtuisi ensimmäisten opiskeluvuosien ja valmistavien tutkintojen aikana, mihin

25 Edellisen kerran medikofilitutkinnon uudelleenjärjestämistä oli esitetty vuonna 1930. Lääket. tdk ptk 25.2.1930 (13\$), 18.3.1930 (16\$), 1.4.1930 (12\$), 6.5.1930 (13–14\$), 14.5.1930 (19\$) ja 20.5.1930 (6\$) liitteineen, HYKA.

26 Komiteamietintö liitteenä lääket. tdk ptk 24.5.1932 (16\$), HYKA.

27 Esim. tiedekunnan vastaus konsistorille opetusohjelman uusimisesta liitteenä lääket. tdk ptk 22.11.1938 (6\$), HYKA; Tilanne oli sama vielä sodan jälkeenkin, ks. lääket. tdk ptk 21.9.1948 (29\$), HYKA.

28 Komiteamietintö liitteenä lääket. tdk ptk 24.5.1932 (16\$), HYKA.

29 Matemaattis-luonnontieteellisen osaston ptk 13.10.1932 (11\$), HYKA.

30 Lääket. tdk ptk 29.11.1932 (13\$), 7.2.1933 (8\$), HYKA.

31 Suuren konsistorin ptk 22.2.1933 (6\$), 8.3.1933 (3\$), 22.3.1933 (7\$), HYKA.

lääketieteellisen tiedekunnan esityskin perustui. Kun yliopistotasoinen prosessi ei tuonut kokonaisratkaisua, asia siirtyi vuonna 1934 asetetulle valtion ”ylioppilastulvan vastustamiskomitealle”.³²

Lääketieteellisen tiedekunnan esitykset hyväksyttiin kuitenkin äänestysten jälkeen.³³ Niiden näkyvin vastustaja konsistorissa oli kansantaloustieteen professori, entinen pääministeri ja edistyspuolueen poliitikko Juho Vennola, joka konsistorin pöytäkirjaan jättämässään lausunnossa piti rajoitusasetusta ”sekä tarpeettomana että vahingollisena”: ”*Se [asetus opiskelijamäärän rajoittamisesta, SA] ottaa uudelleen käyttöön vanhanaikaisen ammattien regleeraamisen periaatteen, josta on jo aikoja sitten sen epätarkoituksenmukaisuuden takia luovuttu.*” Vennola kannatti vapautta, ”yhteiskunnan itsejärjestäytymistä”, jossa opiskelijoita ei liikaa ohjattu sääöksillä. Hänen mukaansa asetus johtaisi etuoikeutetun lääkäriluokan syntymiseen, kun tietty määrä lääkäreitä valmistuisi vuosittain ilman kilpailua.³⁴ Vennola viittasi siihen, että tiedekunta ja sen kautta ammattikunta pääsi käytännössä säätämään lääkärimäärää. Patologisen anatomian professori Harry Castrén katsoi kuitenkin, ettei uusi asetus merkinnyt muutosta tässä mielessä, koska klinikkakurssien kokoa oli rajoitettu jo aiemmin.³⁵

Tasavallan presidentti vahvisti asetukset heinäkuussa 1933. Määräyksiä ei sovellettu niihin, jotka olivat aloittaneet medikofiliopintonsa ennen asetusten hyväksymistä. Sisäänpääsyä rajoittavan asetuksen mukaan konsistori päätti tiedekunnan esityksestä vuosittain sisään otettavien määrän.³⁶ Tiedekunta laati tarkemmat valintaperusteet, jotka pieni konsistori hyväksyi. Niiden mukaan tiedekuntaan haettiin kahdessa eri kiintiössä joko lääketieteelliselle tai odontologiselle linjalle. Sisäänpääsyn ratkaisi alkututkinnon arvosanojen ja suoritusnopeuden perusteella saatu pistemäärä – sairauden ajalta ja asevelvollisuuden suorittamisesta voitiin antaa hyvityksiä. Hakemuksen lääketieteelliseen tiedekuntaan sai uudistaa neljänä seuraavana lukukautena. Lisäksi tiedekuntaan saattoi päästä edelleen suorittamalla filosofian kandidaattitutkinnon, mutta heitä sai kerrallaan olla vain 10 prosenttia sisään otetuista. Linjalta toiselle siirtymään haluavat joutuivat kilpailemaan paikastaan medikofilitutkinnon suorittaneiden kanssa.³⁷ *Numerus claususta* päästiin soveltamaan ensimmäisen kerran keväällä 1935. Koska ruuhkaa ja jonotusta oli syntynyt ennen rajoitusten voimaantuloa, kiintiöt uusille opiskelijoille määrättiin pieniksi. Keväästä 1935 kevääseen 1937 tiedekuntaan otettiin lääketieteen kandidaattitutkintoa varten 20 ja odontologian kandidaattitutkintoa varten 10 medikofilitutkinnon suorittanutta lukukausittain.³⁸

32 Strömberg 1990, 535–540; Ylioppilastulvan vastustamiskomitean mietintö 1935, 31–35.

33 Suuren konsistorin ptk 5.4.1933 (2–3§) liitteinen, HYKA.

34 Lausunto (Litt. V:la) liitteenä suuren konsistorin ptk 5.4.1933 (2§), HYKA.

35 Lausunto (Litt. H.C.) liitteenä suuren konsistorin ptk 5.4.1933 (2§), HYKA.

36 Suomen asetuskokoelma: n:o 224 ja n:o 225, 1933.

37 Lääket. tdk ptk 10.10.1933 (11§), 7.11.1933 (10§), 22.5.1934 (5§), 18.1.1935 (34§), 12.2.1935 (19§) liitteinen, HYKA.

38 Lääket. tdk ptk 16.10.1934 (14§), 18.1.1935 (34§), 14.5.1935 (9§), 28.5.1935 (16§), 21.1.1936 (8§), 5.5.1936 (17§), 18.12.1936 (9§), 26.1.1937 (3–4§), 23.3.1937 (12§) liitteinen, HYKA.

Rajoituksilla oli vaikutusta, kuten kaaviosta 1 ilmenee: keväällä 1933 jopa 149 suoritti medikofilitutkinnon ja vielä seuraavinakin vuosina luku oli yli sadan, mutta keväällä 1936 luku oli enää 63. Näin ollen joka vuosi jäi medikofilitutkinnon suorittaneita valitsematta tiedekuntaan. Rajoitukset toivat mukanaan anomuksia päästä sisään erivapaudella, ja näiden osalta tiedekunta noudatti varsin tiukkaa linjaa.³⁹ Vuonna 1937 osa valitsematta jääneistä pyysi tiedekuntaa määrittämään pisterajan sisään pääseville. Nämä ylioppilaat kokivat epäoikeudenmukaisena tiukan rajoituksen, joka teki vuosina 1933–1937 medikofilitutkinnon suorittaneiden aseman vaikeaksi. Heidän mukaansa jonotus klinikoille olisi ollut pientä siihen verrattuna, että *”kymmeniltä ylioppilailta, jotka tuntevat kutsumusta lääkärin uralle, tie kokonaan sulkeutuu”*. Tiedekunta ei kuitenkaan katsonut voivansa tehdä mitään anojien hyväksi. Syksyllä 1937 lääketieteelliselle linjalle valittavien määrä nostettiin 30:een ja seuraavana vuonna edelleen 35:een, sillä ruuhka prekliinisillä laitoksilla oli helpottanut. Vihdoin syksyllä 1939 saatettiin sisään ottaa 50 lääketieteen ylioppilasta, mikä merkitsi sitä, että ruuhka oli saatu purettua. Kliinisten kurssien koko pysyi kuitenkin koko ajan 40 kandidaatissa.⁴⁰

Medisiinarien kypsyys ja yleissivistyksen ihanne

”Kaikki lääkäriksi valmistuvat käyvät saman koulun, kaikilta vaaditaan samat käytännölliset työt ja teoreettiset tiedot. Lääketiedettä lukevan ei tarvitse vaivata päättään sillä, mitä aineita tai töitä hän ottaisi ja mitä jättäisi tekemättä. Lääketiedettä lukevain keskuudessa voi jokainen tehdä sen havainnon, että opinnot sujuvat kaikin puolin paremmin niiltä, joilla on elävää harrastusta luonnontieteisiin ja taipumusta objektiiviseen, havaintoon ja kokemukseen perustuvaan luonnontieteelliseen ajatus-tapaan.”

Näin määriteltiin vuoden 1936 *Ylioppilaan kirjassa* ihanteellisen medisiinarin identiteettiä luonnontieteellisen ajattelutavan ja järjestelmällisen, koulumaisen opiskelun pohjalta.⁴¹ *Ylioppilaan kirja*, aiemmin *Ylioppilaskalenteri* oli tarkoitettu opastukseksi yliopisto-opintoihin. Kirjoihin sisältyi erilaisia ohjeita, joita voi pitää ”piilo-opetussuunnitelman” tai opintoihin liittyneen hiljaisen tiedon sanoittamisena. Esimerkiksi vuoden 1931 *Ylioppilaskalenterissa* neuvottiin ensimmäisen vuoden ylioppilasta ilmoittautumaan heti tietyille kursseille. Medikofiili kannustettiin suorittamaan mahdollisimman nopeasti, sillä työhön valmistautumisen kannalta oli parempi säästää aikaa alkututkinnossa ja keskittyä lääketieteen opintoihin.⁴² Tällä tavalla teksti ilmensi 1930-luvun alussa voimistunutta ammatillista näkökul-

39 Lääket. tdk ptk 30.4.1935 (23\$), 14.5.1935 (8\$), 17.9.1935 (11–12\$), 24.9.1935 (8\$), 29.10.1935 (8–9\$), 5.11.1935 (5–8\$), 19.5.1936 (17\$), 26.5.1936 (7\$), HYKA.

40 Lääket. tdk ptk 19.1.1937 (22\$), 26.1.1937 (15\$), 23.3.1937 (12\$), 14.9.1937 (12\$), 30.11.1937 (19\$), 25.1.1938 (8\$), 26.4.1938 (13\$), 13.9.1938 (8\$), 29.11.1938 (5\$), 13.12.1938 (5\$), 24.1.1939 (5\$), 12.9.1939 (30\$), 19.9.1939 (3\$), 26.9.1939 (13\$) liitteineen, HYKA.

41 Ylioppilaan kirja (Ylioppilaskalenteri) 1936, 29.

42 Ylioppilaskalenteri 1931, 54–55.

maa yliopisto-opintoihin. Myös lainauksesta tulee hyvin esille, että lääketieteen opinnoissa ei ollut juuri akateemista vapautta.

Ylioppilaan kirjan tekstissä asetettiin lääkäriksi tähtäävälle ihanne, jossa korostui luonnontieteellisen ajattelutavan merkitys. Lääketieteelliseen tiedekuntaan hakeutuille asetettiin myös muita ihanteita. Niihin liittynyttä hiljaista tietoa ja muutoksia arvostuksissa voi havainnoida sisäänpääsyrajoituksista pidemmällä aikavälillä käydystä keskustelusta. Alkututkinnon historia valaisee sitä yliopiston kasvatuksellista traditiota, johon lääketieteen opinnot asettuivat. Perinteisesti alkuopintoihin oli liitetty kahdenlaisia tavoitteita: antaa ylioppilaille pohjasivistys lääketieteen opintoja varten ja kasvattaa heitä työskentelyyn lääketieteellisessä tiedekunnassa. Tämä tulee esille 1910-luvulla opintojen uudistamisesta käydystä keskustelusta. Jo tuolloin esitettiin perusluonnontieteiden opetuksen järjestämistä medisiinareille lääketieteellisessä tiedekunnassa.⁴³ Uudistuksia ajoi aktiivisesti fysiologian professori Robert Tigerstedt, joka saksankielisiin maihin ja Skandinaviaan kesällä 1911 suorittamansa opintomatkan pohjalta laati tarkan suunnitelman opintojen uudistamiseksi. Siinä korostuivat opintojen tehostaminen sekä ammattiin suuntautuva käytännön koulutus ja työssä oppiminen. Ajatuksena oli, että opintojen lyhentämiseksi perusluonnontieteiden opetus annettaisiin koulumaisina kursseina lääketieteellisessä tiedekunnassa. Tigerstedt korosti säännöllisen ja riittävän intensiivisen työskentelyn merkitystä heti alusta alkaen nuorten ylioppilaiden kasvatuksessa ja katsoi alkuopintojen fyysis-matemaattisessa osastossa antavan liikaa tilaa akateemiselle vapaudelle.⁴⁴

Kun Tigerstedtin esityksestä keskusteltiin, esille nousi alkututkinnon merkitys ensinnäkin karsivana ja toiseksi yleissivistyksen antajana. Yleisesti ajateltiin ylioppilaiden kypsyvän alkuopintojen aikana lääketieteellisessä tiedekunnassa vaadittavaan itsenäisyyteen, ja tutkinnossa oli painotettu tiedekuntaan tulevien yleistä kypsyttä tietomäärän sijaan. Alkututkinto oli tärkeä, jotta ”epäkypsät” ja ”heikot ainekset” karsiutuivat matkan varrella. Lisäksi viitattiin siihen, että medisiinarien yleinen sivistystaso muodostui alkututkinnon aikana.⁴⁵ Tigerstedtin mielestä alkututkinto ei kuitenkaan enää antanut yleistä sivistyspohjaa, koska se oli rajoitettu luonnontieteellisiin aineisiin. Yleissivistys syntyi kiinnostuksesta humanistisiin aloihin, ja se tuli parhaiten hankittua sivistyskodissa.⁴⁶ Erimielisyyttä ei ollutkaan yleissivistyksen tarpeesta, vaan alkututkinnon merkityksestä: oliko sen tehtävä kasvattava vai lääketieteen opintojen tietopohjan antaja. Vaikka professoreilla oli

43 Ryömä Hannes: Lääketieteellisistä ja niihin valmistavista opinnoista yliopistossa. *Duodecim* 12/1909, 445–449.

44 Tigerstedt 1911, 122–125, 135–167.

45 Lääket. tdk ptk 7.2.1911 (1§), 7.3.1911 (4§), 26.3.1912 (6§), 28.4.1913 (2§) liitteineen, HYKA; Myös Oker-Blom Max: Till frågan om moderering av den starka tillströmningen av studerande till medicinska fakulteten. *Tiedonantoja* 3/1916, 89–94.

46 Tigerstedt 1911, 139–140; Ennen medikofilitutkinnon luomista vuonna 1889 tulevien lääkärien piti suorittaa filosofian kandidaattitutkinto, johon kuului luonnontieteiden lisäksi joko historia tai latina (vuodesta 1873), ks. Klinge 1989, 407–408.

asiasta erilaisia näkemyksiä, konsistorille esitettiin vuonna 1912 alkututkinnon siirtämistä tiedekuntaan. Tämä ei taloudellisista syistä toteutunut.⁴⁷

Tie lääketieteelliseen tiedekuntaan ei siis ollut aiemminkaan ollut avoin vaan matkan varrella oli epävirallista karsintaa. ”*Lukuisia ’reputuksia’ botaniikassa pääasiallisesti saadaan kiittää siitä, että suuri joukko maan kunnista saa olla ilman kunnanlääkäreitä.*”, perusteli lääket. lis. Hannes Ryömä ehdotustaan kasvitieteen poistamisesta tutkintovaatimuksista vuonna 1909.⁴⁸ Kasviopin professori Fredrik Elfving olikin 1910- ja 1920-luvuilla tunnettu ja pelätty medikofilarien reputtaja. Myöhempi lääkintöneuvos Aleksis Tähkä on kuvaillut Elfvingiä: ”*hän kun katsoi asiakseen arvostella tentittävän sopivaisuuden lääketieteelliseen tiedekuntaan ja jakoi repuja botaniikassa sen mukaisesti.*”⁴⁹ Kysymys karsinnan merkityksestä korostui, kun tiedekunnan oppilasmäärä kasvoi ensimmäisen maailmansodan aikana. Professori Max Oker-Blom nosti vuonna 1916 lääkärikunnassa keskusteluun kysymyksen ylioppilaiden kypsytydestä lääkärin uralle. Oker-Blom totesi, että pyrkimys hakeutua lääketieteen opintoihin oli niin epätavallisen voimakas, ettei kaikkien ylioppilaiden kohdalla voinut olla kyseessä todellinen halu asettua ”*kärsivän ihmisyyden palvelukseen.*” Sen sijaan vaikutti siltä, että lääkärin ura valittiin yhä useammin varmojen tulojen toivossa. Virkamiehen ura ei houkuttellut epävarmana aikana, joten lääkärin vapaasta ja riippumattomasta ammatista oli tullut laajasti kiinnostava. Oker-Blom painotti lääkärintyön kysyvän suuria voimia. Nuorille ylioppilaille oli teroitettava kuvaa ammatin vaativuudesta ja vastuullisuudesta, opintojen vakavuudesta ja vallitsevasta tungoksesta.⁵⁰ Saman näkemyksen esitti *Ylioppilaslehdessä* lääket. kand. J. L. Kaltio, joka arveli lääkärin korkean sosiaalisen aseman, hyviksi kuviteltujen tulojen ja ammatin erityislaadun houkuttelevan uralle.⁵¹

Kiinnostavaa 1910-luvun keskustelussa medisiinarien kypsytydestä on, että siinä asetettiin vastakkain ihanteellinen käsitys lääkärin toimesta kutsumuksena – synnynnäisenä tai sisäsyntyisenä taipumuksena – sekä taloudellinen materialismi ammatinvalinnan perusteena. ”Väärien” ammatinvalintaperusteiden torjumiseksi tarvittiin karsintaa, mutta sopivien ylioppilaiden valinta olisi haluttu ottaa tiedekunnan omiin käsiin. Tämän voi osittain tulkita lääkärikunnan edunvalvonnalliseksi retoriikaksi, sillä samaan aikaan ilmeni huolta lääkärimäärän liiallisesta kasvusta, ammatin ”proletarisoitumisesta” ja lisääntyvästä kilpailusta, mikä oli yhtenä taust-

47 Angående ny stadga för de medicinska studierna. Asiakirjoja yliopistoasioissa 7/1912; Den medicinska preliminärexamen. Fysisk-matematiska Sektionens utlåtande. Asiakirjoja yliopistoasioissa 3/1913; Lääket. tdk ptk 16.10.1911 (3\$), 19.10.1911 (4\$), 23.10.1911 (3\$), 26.10.1911 (1\$), 2.11.1911 (9–10\$), 16.11.1911 (2\$), 28.11.1911 (3\$), 11.12.1911 (8\$), 29.1.1912 (2\$), 26.2.1912 (2\$), 21.3.1912 (1\$), 26.3.1912 (6\$), 25.4.1912 (1\$), 10.5.1912 (2\$), 25.5.1916 (4\$) liitteineen, HYKA.

48 Ryömä Hannes: Lääketieteellisistä ja niihin valmistavista opinnoista yliopistossa. Duodecim 12/1909, 445–449. Kasvitieteen karsivaan rooliin viittasivat myös jotkut lääketieteellisen tiedekunnan professoreista vuonna 1911 käydyssä keskustelussa, ks. lääket. tdk ptk 7.2.1911 (1\$), HYKA.

49 Tähkä 1962, 15–24; Lauritsalo Harry: Lääkäri tämän päivän valokeilassa. SLL 21/1960, 1144–1152; Kallio 1973, 32; Janson ja Kivijärvi 1926, 164.

50 Oker-Blom Max: Till frågan om moderering av den starka tillströmningen av studerande till medicinska fakulteten. Tiedonantoja 3/1916, 89–94; Lääket. tdk ptk 28.9.1916 (9\$) liitteineen, HYKA; Oker-Blom Max: Nykyisestä tulvasta lääkärin alalle sananen. Duodecim 11–12/1917, 563–566.

51 Kaltio J. L.: Muutamia mietteitä lääketieteellisten opintojen uudestaan järjestämisen johdosta. Ylioppilaslehti 5/1914, 52–54.

tatekijänä Lääkäriliiton perustamiselle ajamaan yhteisiä etuja.⁵² Samoihin aikoihin myös Ruotsissa lääkärikunta vastusti pyrkimyksiä lisätä lääkärimäärää samoilla argumenteilla. Tässä keskustelussa esitettiin yhtenä vaihtoehtona sisäänpääsyn rajoittamista, mikä ei toteutunut.⁵³

1910-luvulla lääketieteellisessä tiedekunnassa alkututkinnosta käyty keskustelu antoi pohjaa kaksikymmentä vuotta myöhemmin tehdyille ratkaisuille. Tänä aikana näkemykset muuttuivat siten, että asiassa painoivat ennen kaikkea käytännölliset seikat: tilausta, ruuhka ja jonotus. Periaatteellisella tasolla tiedekunta kuitenkin vastusti *numerus clausus*ta yliopisto-opintoihin, minkä tiedekunta ilmaisi konsistorille lausunnossaan ylioppilastulvan vastustamiskomitean mietinnöstä vuonna 1936.⁵⁴ Samana vuonna anatomian professori Väinö Lassila puhui sivistyksen laajentamisen ja koulutustason korottamisen puolesta ylioppilastulvasta järjestetyssä radiokeskustelussa ja asettui puolustamaan akateemista opiskelun vapautta.⁵⁵ Tiedekuntaa voi hyvin pitää epäloogisena, kuten valtion ylioppilastulvan vastustamiskomitean puheenjohtaja, Rooman kirjallisuuden professori Edwin Linkomies teki konsistorin kokouksessa.⁵⁶ Epäloogisuus saattaa kuitenkin liittyä erimielisyyksiin ylioppilaiden valintatavasta. Ylioppilastulvasta käydyssä keskustelussa olikin kaksi linjaa: osa kannatti ylioppilastutkintoa tai valintakokeita seulana ja osa karsintaa alkututkintojen aikana.⁵⁷ Lääketieteellisellä tiedekunnalla oli pitkä kokemus jälkimmäisestä, joten ei ole yllättävää, että siellä kannatettiin tätä linjaa. Lääketieteen alkututkintoon liittyi tiedollisten valmiuksien lisäksi tärkeitä kasvatuksellisia arvoja ja tavoitteita.

Erilaiset näkemykset ilmenivät keväällä 1933, kun suuri konsistori keskusteli lääketieteellisen tiedekunnan sisäänpääsyrajoituksista. Tässä yhteydessä nousi esille medikofilitutkinnon karsiva ja kasvattava luonne. Professori Linkomies nimittäin piti epäonnistuneena ehdotuksena rajoittaa opiskelijamäärää ennen kandidaattiopintoja, vaikka hän katsoikin rajoitukset välttämättömiksi ja sekä yliopiston että opiskelijan edun mukaisiksi. Linkomies olisi pitänyt parempana karsinnan suorittamista jo ennen medikofiliä järjestämällä erityiset valintakokeet. Hän katsoi, että monilta ylioppilailta medikofiliopinnot menisivät hukkaan, he kuormittaisivat tarpeettomasti matemaattis-luonnontieteellisen osaston laitoksia ja osalla

52 Nyström 2010(a), 18–19.

53 Eklöf 2000, 77–79.

54 Ylioppilastulvan vastustamiskomitean mietintö 1935, 53–57, 61; Lääket. tdk ptk 10.3.1936 (13§), 24.3.1936 (4§), 31.3.1936 (16§) liitteineen, HYKA. Osa tiedekunnan jäsenistä ei olisi halunnut lausua numerus clausuksesta yleisesti mitään, ja professori Wallgrenin ehdotus, että tiedekunta vastustaisi rajoituksia periaatteellisista syistä tuli äänin 10–9 tiedekunnan kannaksi. Wallgren viittasi ehdotuksessaan teollisuusneuvos Paavo Peron eriväan mielipiteeseen ylioppilastulvan vastustamiskomitean mietinnöstä, jossa Pero korosti nuorison oikeutta opilliseen sivistykseen.

55 Ylioppilastulvatilanteemme 1936; Anto Leikolan mukaan Lassila oli sikäli poikkeuksellinen ”enimmäkseen oikeistolaisessa ja konservatiivisessa lääkärikunnassa”, että hän oli mukana vasemmistolaisessa poliittisessa toiminnassa. Ks. Leikola: Väinö Lassila. Kansallisbiografia; Lassila oli Helsingin kaupunginvaltuuston jäsen vuosina 1937–1939, ja Mikko Niemen mukaan hän kuului edistyspuolueen radikaaliin siipeen. Lassila edusti humanistista ja demokraattista katsomusta ja toimi mm. Ihmisoikeuksien liiton puheenjohtajana, ks. Niemi 1990, 73.

56 Linkomiehen näkemyksistä, ks. Strömberg 1990, 536–537.

57 Rehtorin puheet 1937, 207–208; Ylioppilastulvan vastustamiskomitean mietintö 1935, 31–35.

opinnot pitkittyisivät, kun he pyrkisivät mahdollisimman korkeisiin arvosanoihin. Linkomies esitti asian siirtämistä takaisin valmisteluun, mutta konsistorin enemmistö ei kannattanut tätä.⁵⁸ Linkomiehelle vastasi professori Harry Castrén, joka ei pitänyt valintakokeita toteuttamiskelpoisina, koska ylioppilastutkinnossa luonnontieteellisillä aineilla ei ollut riittävää painoarvoa. Medikofiili oli parempi väline karsintaan, sillä se antoi opettajille tilaisuuden seurata ylioppilaita pidemmän ajan eikä lopputulos ollut niin sattumanvarainen. Castrén katsoi medikofiilin antavan hyvän pohjan myös muille opinnoille ja uskoi monien luovuttavan jo pelkästään rajoitusten vuoksi.⁵⁹

Näin vastakkain asettui kaksi näkemystä siitä, miten tulevia lääkäreitä tuli valikoida. Linkomies katsoi lausunnossaan konsistorin pöytäkirjaan, että medikofiilitutkinnossa parhaimmat arvosanat saaneista ei välttämättä tullut parempia lääkäreitä sisäänpääsykokeisiin verrattuna. Castrén ja lääketieteellinen tiedekunta taas korostivat nimenomaan medikofiilin kasvattavaa luonnetta.⁶⁰ Linkomiehen voi katsoa edustaneen modernia ajatusta sopivuuden mittaamisesta valintakokeilla. Castrénin painottama medikofiilin karsiva tehtävä pohjautui pitkään traditioon, jossa korostui ajatus opiskelijoiden kasvattamisesta yliopisto-opintojen alkuvaiheessa opettajien henkilökohtaisen tarkkailun sekä ylioppilaan kypsymisen prosessien myötä. Sisäänpääsyrajoitukset tiedekuntaan eivät merkinneet rajoitusta kirjoittautua yliopistoon. Ajatuksena oli, että karsinta alkuopintojen kuluessa oli tarpeen, sillä kaikki ylioppilaat eivät täyttäneet tuleville lääkäreille asetettavia vaatimuksia. Rajoitukset voi näin ollen nähdä jatkumona aiemmalle käytännölle ja lääketieteelliselle tiedekunnalle ominaisen epävirallisen perinteen virallistamisena. Tämä seikka painottuu senkin vuoksi, että kului vielä viisi vuotta ennen kuin tiedekunta käynnisti laajemman uudistuksen medikofiilista luopumiseksi. Vuoden 1933 asetus opiskelijoiden määrän rajoittamisesta lääketieteellisessä tiedekunnassa terävöitti medikofiilin karsivaa luonnetta ja säilytti arvosanojen antajien eli matte- maattis-luonnontieteellisen osaston professorien vallan päättää siitä, ketkä soveltuivat lääketieteen opintoihin.

Risto Ikonen on katsonut, että suomalaisen koulutusjärjestelmän kehitystä on ohjannut kaksi ristiriitaista periaatetta: tavoite turvata koulutettu työvoima ja kansalaisten mahdollisuus hankkia haluamansa koulutus.⁶¹ Nämä tulivat näkyviin juuri 1930-luvun keskustelussa. Matti Klinge on huomauttanut, että ylioppilastulvan vastustamiskomitean esityksiin liittyi uusi ajatus, jonka mukaan yliopistossa opiskelevien määrää säädeltäisiin yleisten kansantaloudellisten ja sosiaalipoliittisten näkökohtien pohjalta.⁶² Ruotsissa käytiin samoihin aikoihin keskustelua tulvasta akateemisille aloille, jossa yhtäältä puolustettiin sivistysyliopiston opiskelun va-

58 Suuren konsistorin ptk 22.3.1933 (7§), 5.4.1933 (2–3§) liitteineen, HYKA.

59 Lausunto (Litt. H.C.) liitteenä suuren konsistorin ptk 5.4.1933 (2§), HYKA.

60 Lausunnot (Litt. Lmies ja litt. H.C.) liitteenä suuren konsistorin ptk 5.4.1933 (2§), HYKA; Ajatus medikofiilitutkinnon karsivasta luonteesta sisältyi myös lääketieteellisen tiedekunnan komiteamietintöön: siinä ehdotettiin, että kun alkututkinto tulevaisuudessa siirrettäisiin tiedekuntaan, karsinta toimitettaisiin sen aikana. Ks. Komiteamietintö liitteenä lääket. tdk ptk 24.5.1932 (16§), HYKA.

61 Ikonen 2011, 230.

62 Klinge 1978, 25–26.

pautta mutta toisaalta nähtiin yliopiston luonteen muuttuneen ammattikoulutuksen antajaksi tietyillä aloilla, mikä merkitsi mahdollisuutta säädellä näiden alojen harjoittajien määrää ja laatua.⁶³ Jälkimmäisellä seikalla oli vaikutusta myös päätetäessä Helsingin lääketieteellisen tiedekunnan sisäänpääsyrajoituksista. Keskeinen kysymys oli tiedekunnan mahdollisuus antaa laadukasta, ammattiin valmistavaa koulutusta, ja rajoituksille haettiin perusteluja myös lääkäritarvetta koskevista arvioista. Tätä ajattelutapaa ilmensi tiedekunnan dekaani Osvald Streng (myöh. Renkonen), joka esitti konsistorin keskustelussa *numerus clausuksesta*, että ylioppilasmäärä rajoitettaisiin kunkin tiedekunnan kapasiteetin ja alan työvoimantarpeen mukaan.⁶⁴

Kodin merkitys: taloudellinen ja kulttuurinen pääoma

*”Pitkän ja kalliin opiskeluajan vuoksi ei koko ajan velaksi opiskeleva, joka aikoo valmistua lääkäriksi, voi koskaan selvitä velkataakastaan. Tälle alalle valmistuakseen saa ihminen käyttää yli puolet elämästään. -- Vain sellainen, jolla on palava innostus ja varakas koti tukenaan voi nykyisissä oloissa ajatella opintojaan aloittaessaan lääkärin uraa.”*⁶⁵

1930-luvun ylioppilastulvan yhteydessä huolestuttiin akateemisesta työttömyydestä ja oppineen köyhälistön synnyn vaaroista. Medisiinareilla tämä huoli liittyi lääkärin määrän kasvuun, minkä arveltiin kaventavan työskentelymahdollisuuksia. Kandidaattien työttömyyden pelkoa pahensi opintojen aikana kertynyt velkataakka, jota pitkät opinnot lisäsivät – lisensiaattitutkinto suoritettiin keskimäärin lähempänä 31 vuoden ikää.⁶⁶ Toisaalta juuri taloudellisen laman ja yhteiskunnallisen epävarmuuden aikana lääkärin ammatti vaikutti vetävän nuoria puoleensa. Tiedekunta ja medisiinarit pyrkivät tietoisesti hillitsemään ylioppilastulvaa lääketieteen pariin korostamalla julkisuudessa opintojen pituutta ja kalleutta. Tilanne oli sama kuin 1910-luvulla: myös silloin kyseenalaistettiin ylioppilaiden motiivit hakeutua alalle, tuotiin julkisuudessa esille medisiinarien pitkää opiskeluaikaa ja velkaantumista sekä nostettiin kutsumuksellisuuden ihanne taloudellisten tavoitteiden yläpuolelle.⁶⁷ Samoin kuvaa lääkärin liian suuresta lukumäärästä oli luotu jo tuolloin, ja jossain määrin se oli lyönyt läpi myös julkisuudessa.⁶⁸

1930-luvulla viestiä opintojen taloudellisesta ja henkisestä vaativuudesta ja lääkärin liikatuotannosta välitettiin muun muassa *Ylioppilaskalenterissa*. Lääketie-

63 Betänkande med utredning och förslag angående läkarutbildningen 1941, 11–12.

64 Ylioppilastulvan vastustamiskomitean mietintö 1935, 31–35.

65 L: Kannattaako lukea lääkäriksi. Ylioppilaslehti 19/1935, 334.

66 Komiteamietintö alkututkinnosta liitteenä lääket. tdk ptk 24.5.1932 (16\$), HYKA.

67 Esim. Oker-Blom Max: Nykyisestä tulvasta lääkärin alalle sananen. Duodecim 11–12/1917, 563–566; Nikula Akseli: Miten alotan opintoni? Lääketieteellinen tiedekunta. Ylioppilaslehti 16/1913, 184–187; Nikula Akseli: Lääketieteellinen tiedekunta ja ylioppilastulva. Ylioppilaslehti 1/1916, 2–3; Tudeerin tutkimuksen mukaan lääketieteen opiskelijoista 63 %:lla oli velkaa ja velat olivat yliopiston suurimmat, ks. Tudeer 1917, 100–103.

68 Esim. Janson ja Kivijärvi 1926, 163.

teen opintoja käsittelevässä tekstissä viitattiin useita kertoja siihen, miten pitkät opinnot kasvattivat velkataakkaa.⁶⁹ Lukukauden 1931–1932 *Ylioppilaskalenterissa* käsiteltiin erikseen tutkintojen ja ammattien tarjoamia työskentelymahdollisuuksia. Lääkäriin ammatin osalta ylioppilasta kehoitettiin harkitsemaan ”*kysymystä tämän elämäntehtävän valitsemisesta mitä monipuolisimmin ja ankaralla itsekritiikillä*”. Lääkäriin tulojen korostettiin riippuvan aina henkilökohtaisista ominaisuuksista, sillä lääkärit saivat suurimman osan toimeentulostaan yksityispraktiikasta.⁷⁰ Näin pyrittiin oikomaan käsitystä varmoista tuloista – ja siten ohjaamaan muille aloille ne, jotka pyrkivät lääkäreiksi vain taloudellisten seikkojen vuoksi. Tekstin kirjaan oli toimittanut tiedekunta, jonka tavoitteena oli ensisijaisesti hillitä ylioppilastulvaa. Myös medisiinarit itse tuottivat vastaavia tekstejä, esimerkiksi yllä siteeratun, *Ylioppilaslehdessä* julkaistun artikkelin ”Kannattaako lukea lääkäreiksi”.⁷¹ Keväällä 1934 Lääketieteenkandidaattiseura julkaisi suurimmissa sanomalehdissä lääkäriin uraa suunnitteleville ylioppilaille suunnatun kirjoituksen, jossa korostettiin ylioppilastulvan negatiivisia vaikutuksia: jonotusta, velkaantumista ja mahdollista työttömyyttä.⁷² Nämä kirjoitukset tuottivat kuvaa velkaantuneista medisiinareista, joita raskaiden opintojen jälkeen odotti raskas työ – useimmiten kunnanlääkäriinä. Näin opintoihin liitettiin vakavuuden, ankaran työskentelyn, kutsumuksen ja ihanteellisuuden määreitä.

Opintojen pituus ja kalleus tuottivat näkemystä, että lääketieteen opinnot edellyttivät varakasta kotitaustaa. Useissa tutkimuksissa onkin todettu, että medisiinarien sosiaalinen tausta on aina ollut erityisen yläluokkainen.⁷³ Tapani Valkosen vuoden 1935 lääkärimatrikkelin pohjalta tekemien laskelmien mukaan 50 prosenttia lääkärikunnasta oli taustaltaan yläluokasta ja 33 prosenttia keskiluokasta.⁷⁴ Lääketil., lääketieteen historiaa tutkinut Gunnar Soininen totesi vuosien 1935 ja 1940 lääkärimatrikkeliin perusteella, että noin kolmasosa lääkärikunnasta oli akateemisen sivistyksen saaneiden jälkeläisiä ja että vain pieni osa oli ”*peräisin henkisesti tai aineellisesti vähäosaisten kansanluokkien parista*”. Nuorimmissa ikäluokissa säätykierto kuitenkin vilkastui etenkin suomenkielisten parissa. Maan ruotsinkielinen lääkärikunta rekrytoitui vahvemmin ”sivistyneestä säädyistä”.⁷⁵ Nämä luvut valmistuneista lääkäreistä antavat yleiskuvaa tilanteesta. Vuosisadan alkupuolelta ainoat tarkemmat tutkimukset lääketieteen opiskelijoiden sosiaalisesta taustasta

69 Ylioppilaskalenteri 1931, 52–58; Ylioppilaan kirja (Ylioppilaskalenteri) 1936, 26–29.

70 Ylioppilaskalenteri 1931, 366–371.

71 L: Kannattaako lukea lääkäreiksi. Ylioppilaslehti 19/1935, 334.

72 Lääketieteenkandidaattiseura: Lääketieteen opiskelua suunnitteleville ylioppilaille. Uusi Suomi 3.6.1934. Lehtileike mapissa LKS 1934–1935, LKSA.

73 Strömberg 1989, 316–317; Nevala 1999, 203; Rinne ja Jauhainen 1988, 105.

74 Valkonen 1967, 59–62. Tutkimukseen oli otettu 100 lääkäriin satunnaisotos matrikkelistä. Valkosen jaottelussa yläluokan muodostivat johtavassa asemassa olevat henkisen työn tekijät ja keskiluokan muut henkisen työn tekijät.

75 Soininen Gunnar: Eräitä katsauksia Suomen nykyiseen lääkärikuntaan. Duodecim 12/1935, 1085–1097; Soininen Gunnar: Eräitä katsauksia Suomen lääkärikuntaan vuoden 1940 päätyessä. Duodecim 12/1941, 873–891. Tekstissä esitetyt havainnot ovat Soinisen omia yleistyksiä, sillä hänen ryhmittelynsä ei tuo suoraan esille sosiaalista taustaa. Esimerkiksi virkamiesten ja liikemiesten ryhmiin on koottu kaikki ylemmissä ja alemmissa toiminnoissa olevat. Nämä muodostivat suurimmat ryhmät yhdessä maanviljelijöiden lapsien kanssa.

ovat professori Edvard Hjeltin rehtoriaikanaan kokoama yhteenvedo Keisarillisen Aleksanterin-yliopiston ylioppilaista vuosilta 1870–1905 ja vuonna 1935 tehty tutkimus ylioppilaiden taloudellisista oloista.⁷⁶

Hjeltin tutkimuksessa tarkasteltiin miesylioppilaiden säätyasemaa isän koulutuksen ja ammatin pohjalta. Ajanjaksolla 1870–1905 medisiinareista keskimäärin 67 prosenttia oli taustaltaan yläluokasta (koko yliopisto 56 %), 22 prosenttia keskiluokasta (27 %) ja 10 prosenttia alimmista luokista (16 %).⁷⁷ Tiedekuntien välillä oli suuria eroja: jos tarkastellaan yläluokan jälkeläisiä, medisiinareita lähimpänä olivat juristit ja fyysis-matemaattisen osaston ylioppilaat (60 %), kun teologeista yläluokan lapsia oli vain 32 prosenttia.⁷⁸ Fyysis-matemaattisen osaston lukua nostivat medikofilarit. Yleisellä tasolla Hjelt totesi säätykierron lisääntyneen erityisesti suomenkielisten keskuudessa ja yläluokan lasten määrän suhteellisesti vähentyneen.⁷⁹ Medisiinarien joukossa muutos oli kuitenkin pienempi kuin muissa tiedekunnissa: akateemisen sivistyneistön jälkeläisten määrä oli pudonnut ajanjaksolla 10 prosenttia, kun se oli juridisessa tiedekunnassa pudonnut jopa 34 prosenttia ja filosofisen tiedekunnan molemmissa osastoissa lähes 20 prosenttia. Näin lääketieteellisestä oli tullut yliopiston yläluokkaisin tiedekunta.⁸⁰ Hjeltin mukaan yläluokkaisuutta selittivät opintojen pituus ja kalleus, joiden vuoksi vähävaraisempien luokkien lasten oli vaikea suunnata niihin. Maanviljelijöiden ja työläisten lasten määrät olivat kuitenkin nousseet selvästi 1900-luvun alkuvuosina, vaikka osuus jäikin pieneksi.⁸¹

Säätykierto yliopisto-opinnoissa voimistui kaikkialla Euroopassa 1800- ja 1900-luvun vaihteessa. R. D. Anderson on todennut, että yleisesti yliopistokoulutus keskiluokkaistui ja opiskelijoiden sosiaalinen tausta laajeni ajanjaksolla 1870–1914, mutta esimerkiksi Saksassa tämä ei koskenut oikeustieteellisiä ja lääketieteellisiä tiedekuntia.⁸² Kun mahdollisuudet yliopisto-opintoihin yleisesti lisääntyivät, yliopiston sisälle muodostui uusia raja-aitoja, jotka perustuivat muodolliseen pätevytyteen, kuten lääketieteellisen tiedekunnan *numerus clausus* -järjestelmä. Vaikka koulumenestys oli jo 1800-luvulla syrjäyttänyt syntyperän koulutukseen hakeutumisessa, kodin

76 Heikki Waris on koonnut klassisen *Yliopisto sosiaalisen kohoamisen väylänä* -tutkimuksensa jatkoksi tietoja Helsingin yliopiston ylioppilaiden sosiaalisesta taustasta vuosilta 1870–1940. Tässä materiaalissa on kuitenkin tarkasteltu ylioppilaskuntaa kokonaisuutena, ei tiedekunnittain, joten siitä ei ollut tämän tutkimuksen kannalta hyötyä. Waris Heikki: *Ylioppilaitten sosiaalinen ja maantieteellinen syntyperä 1867–1940*. Kansalliskirjaston käsikirjoituskokoelma, 1983: 13.

77 Tutkimuksessa yläluokan muodostivat 1) siviilivirkamiehet, joilla oli yliopistossa suoritettu virkatutkinto, yliopisto- ja koulunopettajat, papit, lääkärit ja upseerit ja 2) teollisuudenharjoittajat, insinöörit, maanmittaajat, kauppiat, merikapteenit, maanomistajat sekä eräiden laitosten virkamiehet; keskiluokan muodostivat 3) kansakoulunopettajat, isännöitsijät, inspektorit, ekonomit, rakennusmestarit ja lukkarit, 4) käsityöläiset, kauppiat maaseudulla ja pienissä kaupungeissa ja talonomistajat sekä 5) vahtimestarit, veturinkuljettajat, koneenhoitajat, poliisikonstaapelit, aliupseerit jne.; alaluokan muodostivat 6) maanviljelijät sekä 7) torpparit ja tehdastyöläiset. Hjelt 1907, 10. Luvut laskettu taulukosta 18, s. 38.

78 Hjelt 1907, taulukko 13, s. 29.

79 Hjelt 1907, 13–15.

80 Vertailu tehty Hjeltin taulukoiden pohjalta, ks. Hjelt 1907, taulukko 13, s. 29 ja taulukko 18, s. 38.

81 Hjelt 1907, 38–39, taulukko 18, s. 38.

82 Anderson 2004, 129–132.

ja suvun taloudellisella varallisuudella ja kulttuuripääomalla oli merkitystä siinä, mihin opintoihin ylioppilaat suuntautuivat ja miten he menestyivät.⁸³

Vuonna 1935 tehty tutkimus ylioppilaiden taloudellisista oloista tarkentaa kuvaa medisiinarien sosiaalisesta taustasta. Lisäksi tutkimus antaa kiinnostavaa tietoa ylioppilaiden kulutuksen kytkeytymisestä heidän lähtökohtiinsa. Medisiinarien velkaantuminen opintojen aikana tulee hyvin esille. Ylioppilasjärjestöjen aloitteesta tehdyn kyselyn taustalla oli ylioppilastulvan esille nostama huoli henkisen työn tekijöiden ”liikatuotannosta”. Tutkimuksessa seurattiin ylioppilaiden menoja, tuloja ja velkaantumista vuoden 1935 aikana. Helsingin yliopiston lääketieteellisen tiedekunnan opiskelijat vastasivat kyselyyn keskimääräistä heikommin: keväällä noin puolet läsnä olleista ja syksyllä vain hieman yli neljäsosa osallistui. Erityisesti vanhimmat ikäluokat olivat vastaajien joukossa heikommin edustettuina, ja heitä opiskeli suhteellisesti eniten lääketieteellisessä tiedekunnassa. Vastanneiden medisiinarien määrät ovat kuitenkin kohtalaiset (keväällä 414, syksyllä 202, yhteensä eri henkilöitä 456), joten tutkimuksen perusteella voi tehdä yleisiä havaintoja medisiinarien taloudellisesta asemasta, varojen käytöstä ja taustasta. Tutkimuksen kiinnostavuutta lisää se, että siinä on eroteltu medikofilia suorittavat muista matemaattis-luonnontieteellisen osaston ylioppilaista. Heitä vastasi kyselyyn keväällä 220 ja syksyllä 180, yhteensä 285 eri henkilöä.⁸⁴

Tutkimuksessa tarkasteltiin vanhempien yhteiskunnallista asemaa, sillä sen katsottiin vaikuttavan siihen, ”*millaiseen elinkantaan ylioppilaat ovat kotonaan tottuneet*”.⁸⁵ Kyselyyn vastanneista medisiinareista noin 60 prosenttia tuli ylimmistä yhteiskuntaluokista: 41 prosenttia ilmoitti tulevansa ylempien virkamiesten ja vapaiden ammattien harjoittajien luokasta⁸⁶ ja lähes 20 prosenttia liikemiesten ryhmästä. Maanviljelijöiden lapsia oli 15 prosenttia ja työläisten lapsia 12 prosenttia, joten nämä osuudet olivat nousseet vuosisadan alusta.⁸⁷ Tutkimuksessa kuitenkin todettiin, että vähävaraisten väestönosien heikko edustus lääketieteellisessä tiedekunnassa oli huomiota herättävää.⁸⁸ Myös medikofiliä lukevista noin 60 prosenttia oli lähtöisin virka- ja liikemiesperheistä, kun sama luku muiden matemaattis-luonnontieteellisen osaston ylioppilaiden kohdalla oli 44 prosenttia. Kuva medisiina-

83 Yleisellä tasolla kodin ja suvun merkityksestä koulutukseen hakeutumisessa ks. esim. Ahola 1995, 135–136, 154; Syntyperän ja koulutuksen suhteesta ks. esim. Kontinen 1991, 94–96, 123–130, 270.

84 Tutkimus toteutettiin toimittamalla ylioppilaille kolme erillistä kyselylomaketta ilmeisesti osakuntien välityksellä. Suurin osa kyselyyn vastanneista medisiinareista oli 3.–6. vuoden opiskelijoita. Naismedisiinarit palauttivat syksyllä lomakkeita heikosti. Tutkimuksessa kehoitetaan suhtautumaan tuloksiin lääketieteellisen tiedekunnan osalta varovaisesti, erityisesti syyslukukauden tietoihin. Ylioppilaiden taloudelliset olot 1939, 9–17.

85 Tutkimuksessa pyydettiin tietoja vanhempien ammatista, oppiaresta, taksoitetuista tuloista ja omaisuudesta. Tietojen perusteella muodostettiin seuraavat kategoriat: 1) virkamiehet ja vapaiden ammattien harjoittajat, 2) liikemiehet, 3) kansakoulunopettajat ja lukkarit, 4) alemmat virkamiehet ja konttorihenkilökunta, 5) maanviljelijät ja 6) työläiset. Ylioppilaiden taloudelliset olot 1939, 21.

86 Tähän luokkaan oli luettu akateemisen oppiarvon suorittaneet valtion ja kuntien sekä yksityisten palveluksessa vastaavassa asemassa olevat ylemmät virkamiehet, lääkärit, arkkitehdit, insinöörit, asianajajat, apteekkarit, taiteilijat, sanomalehtimiehet ym. Ylioppilaiden taloudelliset olot 1939, 21.

87 Prosentit on laskettu liitetaulukosta II B (Ylioppilaiden taloudelliset olot 1939, liitteet s. 10–11), jossa ei ole eroteltu keväällä ja syksyllä vastanneita vaan joka on koottu henkilöittäin; Vrt. Hjelt 1907, 38.

88 Ylioppilaiden taloudelliset olot 1939, 22–23.

rien korkeasta sosiaalisesta taustasta vahvistuu, kun lukuja verrataan muihin tiedekuntiin. Juristeista ylimmistä yhteiskuntaluokista oli lähtöisin 43 prosenttia ja historiallis-kielitieteellisen opiskelijoista 47 prosenttia.⁸⁹

Korkea sosiaalinen tausta heijastui ylioppilaan taloudelliseen asemaan, sillä tutkimuksessa todettiin ylempien virkamiesten ja liikemiesten sekä maanviljelijöiden lasten kuluttavan huomattavasti muita enemmän.⁹⁰ Medisiinareilla oli selvästi muita ylioppilaita suuremmat menot. Tutkimuksessa arveltiin, että vanhempien mahdollisuus avustaa lapsiaan antoi heille tilaisuuden kuluttaa vapaammin. Muita varojen käyttöön vaikuttaneita tekijöitä arveltiin olevan henkilökohtaiset tavat ja tottumukset sekä ajatus tulevan ammatin toimeentulomahdollisuuksista. Toisaalta kysymys ei aina ollut kulutusvalinnoista, sillä medisiinareilla oli myös muita ylioppilaita korkeammat opintomenot, joihin laskettiin yliopistolle suoritettut maksut, osakuntamaksut sekä kulut oppikirjoista ja opintovälineistä.⁹¹

Vuoden 1935 tutkimuksen perusteella voi todeta, että medisiinarien velkaantuminen oli todellista. Ylioppilaiden tulojen pääosan muodostivat avustukset vanhemmilta ja lainat, joiden osuus nousi medisiinareilla keskimäärin 90 prosenttiin tuloista. Pitkä opiskelu-aika ja osin tästä johtuva korkea menotaso edellyttivät suuria avustuksia mutta myös kasvattivat velat suuriksi. Medisiinareilla oli etua varakkaasta kotitaustasta, sillä avustukset vanhemmilta nousivat muihin verrattuna varsin suuriksi – tutkimuksessa puhutaan ”huomattavan suurista rahasummista”. Toisaalta myös lainasummat ja velan kokonaismäärä olivat suuria verrattuna muihin ylioppilaisiin. Medisiinarien velkaantuminen alkoi kuitenkin vasta opintojen edetessä, sillä medikofiliä suorittavat ottivat vähiten lainaa – tässä vaiheessahan ei ollut varmuutta lääketieteelliseen pääsystä. Tutkimuksen perusteella näyttää siltä, että luvut lääkärin uraa varten aloitettiin varakkaan kodin tuella. Opintojen edetessä velat kuitenkin kasvoivat niin, että kokonaisuudessaan medisiinareilla oli kaikkein eniten velkaa. Varakas kotitausta näytti antavan rohkeutta valita pitkän opiskelutien ja uskallusta suurempiin velkasitoumuksiin. Vähävaraisista taustoista lähteneet teologian ylioppilaat rahoittivat opintonsa suurimmaksi osaksi lainoilla, mutta opinnot olivat lyhyet ja takasivat yleensä varman toimeentulon. Teologeissa oli paljon velkaantuneita, mutta velkasummat olivat selvästi medisiinareita pienemmät.⁹² On myös huomattava, että vanhemmat kandidaatit saattoivat helpottaa taloudellista tilannettaan työskentelemällä kunnanlääkärien viransijaisina. Tämä ei

89 Ylioppilaiden taloudelliset olot 1939, liitteet s. 10–11, taulukko II B.

90 Menoja oli tarkasteltu kokonaisuutena sekä erikseen ravinto-, vaatetus- ja huvitusmenoja sekä korkoja, kuoletuksia ja vakuutusmaksuja.

91 Esimerkiksi kevätlukukaudella 1935 lääketieteellisen tiedekunnan opiskelijoista kulutti yli 5000 mk miehistä 62,8 % ja naisista 57,7 %. Samoja lukuja eräistä muista tiedekunnista: juridinen: miehet 32,6 % ja naiset 9,2 %; historiallis-kielitieteellinen: miehet 29 % ja naiset 14 %; matemaattis-luonnontieteellinen: miehet 25,5 % ja naiset 18,8 % sekä medikofilareista miehet 40 % ja naiset 35,7 %. Taulukko nro 13, s. 35. Ylioppilaiden taloudelliset olot 1939, 35–64.

92 Ylioppilaiden taloudelliset olot 1939, 65–90; Samantyyppisiä pohdintoja kotitaustan vaikutuksesta menojen suuruuteen esitettiin vuonna 1917 julkaistussa katsauksessa ylioppilaiden taloudellisiin oloihin, josta kävi ilmi, että medisiinarien menot olivat selvästi suuremmat kuin muiden opiskelijoiden, ks. Tudeer 1917, 42–43.

tullut tutkimuksessa esille – luultavasti siksi, että vastaajissa oli vähiten juuri vanhempia opiskelijoita.

Medisiinarien kotitausta oli siis muita useammin yläluokassa, mihin liittyi korkea yhteiskunnallinen asema, varallisuus ja akateeminen sivistys. Tämä merkitsi muutakin kuin taloudellista tukea. Tärkeää oli kodin välittämä kulttuuripääoma, joka sitoutui ylimpien luokkien elämäntapaan ja rooliin osana akateemista sivistyneistöä. Yliopisto-opintoihin suuntautumiseen ja opinnoissa etenemiseen ovatkin vaikuttaneet kodin perinteet ja taloudelliset mahdollisuudet sekä koulu-
tausta.⁹³ Pierre Bourdieu on käyttänyt tutkimuksissaan kulttuuripääoman käsitettä selittämään eri luokkataustoista tulevien opiskelijoiden menestystä akateemisessa maailmassa. Kulttuuripääoman voi määritellä väljästi, kuten Bourdieu on tehnyt omissa tutkimuksissaan viitaten sillä kognitiivisiin valmiuksiin – kykyyn tuottaa ja tulkita monimutkaisia kielellisiä rakenteita – sekä yksilön omaksumaan tietoon, käytökseen, tyyliin ja makuun. Bourdieu viittaa yleissivistykseen, *Bildungiin*, osana kulttuuripääomaa, jonka kerryttäminen vaatii aikaa ja sisäistämistä. Kertymiseen vaikuttaa kodin kulttuuripääoma, sillä tämä perintö siirtyy lapselle hiljaisena tietona alusta asti vaikuttaen yksilön habituksen eli suhtautumis- ja elämäntavan kokonaisuuden muovautumiseen – tämäkin Bourdieun käsite. Perheen vauraudella on merkitystä myös sille, kuinka paljon aikaa yksilöllä on kerryttää kulttuuripääomaa esimerkiksi vapaana työnteosta. Lisäksi perhe voi ohjata lapsensa tasokkaisiin kouluihin, joiden opetus ja ilmapiiri kerryttävät edelleen kulttuurista ja sosiaalista pääomaa.⁹⁴

Bourdieu on tutkimuksessaan Jean-Claude Passeronin kanssa todennut sosiaalisen taustan merkityksestä koulutusjärjestelmässä etenemiselle, että kulttuuripääoma antoi selvää etua yläluokasta lähtöisin olevalle opiskelijalle hänen hakeutessaan arvostetuille ja vaativille aloille.⁹⁵ Lääketieteellisessä tiedekunnassa yhdistyivät pitkät ja vaativat opinnot, ammatin korkea status, joka lisäsi sen houkuttelevuutta akateemisena oppialana, sekä medisiinarikunnan varsin yhtenäinen sosiaalinen tausta yhteiskunnallisessa ja akateemisessa yläluokassa. Kulttuuripääoman käsitettä voi hyvin soveltaa suomalaisiin medisiinareihin, joista noin 40 prosenttia tuli akateemisista perheistä. Sen voi arvioida helpottaneen yliopisto-opinnoissa etenemistä 1900-luvun alun akateemisen vapauden ilmapiirissä, jossa vaadittiin itsenäisyyttä, vastuunottoa ja hiljaista tietoa. Medisiinareille tärkeää ”piilotietämystä” olivat esimerkiksi käsitykset professorien tavoista, tenttikäytännöistä ja tenteissä käyttäytymisestä sekä opintojen täydentämisestä seuraamalla vapaacheitoisesti työskentelyä klinikoilla ja seurojen esitelmätarjontaa. Akateemisten kotien ja oppikoulun antamaa pääomaa olivat humanistinen yleissivistys sekä kulttuurin tuntemus ja harrastuneisuus, jotka auttoivat sopeutumaan yliopistomaailmaan. Kaksikielisyys tai ruotsin kielen taito oli oleellista kulttuuripääomaa erityisesti vielä 1920-luvulla

93 Strömberg 1987, 320.

94 Bourdieu 1986; Bourdieu ja Passeron 1985, 25–30.

95 Bourdieu ja Passeron 1990, 83–85.

ja 1930-luvun alussa, kun opintoja ei käytännössä voinut suorittaa kokonaan suomeksi.⁹⁶

Medisiinarien enemmistön yläluokkaisuus vaikutti koko tiedekunnan ilmapiiriin ja loi pohjaa lääkärikunnan yhtenäisyydelle. Osana kulttuuripääomaansa medisiinarit sitoutuivat akateemisen sivistyksen aatteeseen, joka ilmensi saksalaisperäistä, uushumanismiin pohjautuvaa *Bildung*-ihannetta. Tutkimuksissa lääketieteen klassinen pohjakoulutus on nähty keinoksi ylläpitää vapaan ammatin statusta ja erottautua uusista ammatillisista, kaupallis-teknillisistä akateemisista oppialoista.⁹⁷ Vaikka 1900-luvulla lääketieteen opinto-ohjelma ei enää sisältänyt humanistista ainesta, sivistyspääoman hallitseminen oli edelleen osa medisiinarin omakuvaa akateemisena kansalaisena. Lisäksi humanistinen sivistys oli tärkeä osa lääkärin ideaalikuva. Tämä tuli esille keskustelussa alkututkinnon kasvattavasta tehtävästä, mutta muutenkin yliopisto-opintojen hiljaiseen tietoon kuului välittää käsitystä sivistyneen lääkärin moraalista ja käytöksestä.⁹⁸

Kaksi esimerkkiä suomalaisista medisiinareista 1920- ja 1930-luvuilta valottavat yläluokan ja maanviljelijätaustan antamia valmiuksia opintoihin. Myöhemmin gynekologiksi erikoistunut Mies Reenkola (ent. Renvall) syntyi Helsingissä 1908. Hänen äitinsä oli maailmankuulu oopperalaulaja Aino Ackté ja isänsä lakitieteen tohtori, asianajaja ja myöhemmin ministerin arvonimen saanut Heikki Renvall, joka oli poliittisesti aktiivinen perustuslaillinen fennomaani ja sittemmin itsenäisyssenaatin jäsen ja Vaasan senaatin puheenjohtaja. Vauraan helsinkiläiskodin kulttuuripääoma näkyi Reenkolan lapsuudessa: lasten kasvatukseen kuului herrasmiehen tapojen opettelu, luonteva kaksikielisyys sekä isänmaallinen, yhteiskunnallisesti aktiivinen henki. Perhe oli tapahtumien ytimessä murrosvuosina 1917–1918 – itsenäistyminen ja sisällissota jättivät 10-vuotiaaseen Mies Reenkolaan lähtemättömän jäljen. Sosiaalinen tausta vaikutti tasokkaan valmistavan koulun valintaan, ja klassillinen lyseo antoi perinteisen yliopistoon johtavan pohjakoulutuksen. Kuvaavaa on, että vaikka kouluarvosanat eivät aina olleet korkeita, Reenkola selvitti tiensä sujuvasti lääketieteelliseen tiedekuntaan 1930-luvun alussa.⁹⁹

Myöhempi kirurgian professori K. E. Kallio syntyi keskisuomalaiseen maanviljelijäperheeseen ja oli suuresta lapsilaumasta ainoa, joka päätettiin kouluttaa. Kallio kävi Jyväskylän lyseon, jossa hän opiskeli ahkerasti sekä harrasti viulunsoittoa, maalausta ja kirjallisuutta. Sitkeä Kallio suoritti ylioppilastutkinnon vuoden päästä sisällissodasta yhtenä kahdestatoista, kun lyseon oli aikoinaan samalla luokalla aloittanut 40 oppilasta. Lyseon jälkeen Kallio hakeutui Helsingin yliopistoon päämääränään opiskella lääkäriksi. Koska maanviljelijäisiä ei voinut kustantaa kallista

96 Tämä kuva välittyi muistelmista esim. Reenkola 1976, Kallio 1973, Sulamaa 1971, Tähkä 1962; Toisaalta tilanne oli jossain määrin sama myös toisin päin, sillä ainakin Ragnar Granitin mukaan 1920-luvulla ruotsinkieliset ylioppilaat kokivat välttämättömäksi opetella puhumaan hyvää suomen kieltä, ks. Granit 1983, 68.

97 Jarusch 1990, 14; Anderson 2004, 51–53, 56–58, 123, 157. Klassinen viittaa tässä laajaan klassiseen lukiokoulutukseen, joka säilyi vaatimuksena silloinkin, kun Saksassa myös reaalikouluista saattoi päästä yliopistojen filosofisiin tiedekuntiin.

98 Ks. luku II.3.

99 Reenkola 1976, 5–26.

koulutusta, oli turvaututtava ahkeruuteen ja säästäväisyyteen. Yliopisto-opinnoissa menestymiselle keskeistä näyttää Kallion muistelmien perusteella olleen juuri kodin perintönä kertynyt ahkeruus. Toisaalta akateemiseen maailmaan solahtamista helpotti lyseosta saatu kulttuurinen ja sosiaalinen pääoma: toveripiiri muodostui saman koulun medisiinaa opiskelevista ylioppilaista ja musiikkiharrastus jatkui Ylioppilaskunnan laulajissa.¹⁰⁰

Molempien lääkäreiden muistelmissa korostuvat kodin ja koulun merkitys: Reenkolalle koulutus oli itsestään selvää, kun taas Kalliolle keskeistä oli vanhempien usko koulutuksen merkitykseen sekä oma ahkeruus, määrätietoisuus ja suunnitelmallinen eteneminen. Molempien uravalintaan vaikutti se, että he päätyivät verkostojensa avulla sattumalta juuri ennen opintojen aloittamista keskustelemaan tulevaisuuden suunnitelmistaan lääkäriopintoja suorittaneen henkilön kanssa – saman seikan ovat nostaneet esille myös Ragnar Granit ja Matti Sulamaa.¹⁰¹ Tämä tuo hyvin esille sen, että sosiaalisilla verkostoilla ja niissä jaetulla kokemusperäisellä tiedolla oli keskeinen merkitys uravalinnassa. Tämän kuvan vahvistaa myös se, että lääkärien lapsista varsin moni päätyi isänsä ammattiin. Gunnar Soinisen vuoden 1935 lääkärimatrikkelin pohjalta tekemien laskelmien mukaan lääkärien lapsia oli 88 eli 7,6 prosenttia silloisesta lääkärikunnasta. Soinisen arvioiden mukaan voi laskea, että lääkärikodeista tuli 30 prosenttia kaikista akateemisen loppututkinnon suorittaneiden jälkeläisistä.¹⁰² Vaikka laskelmat ovat hieman epätarkkoja, niiden voi katsoa osoittavan, että suvuilla oli tärkeä merkitys ammattikunnan traditioiden välittäjinä. Irja Kajander-Vierkens on tutkinut Hällströmien lääkärisukua 1800-luvulla, johon kuului peräti viisi piirilääkärinä vuosina 1858–1917, ja tuonut esille, että piirilääkärimatrikkelissa vuosilta 1749–1929 on muitakin monen piirilääkärin sukulaisia.¹⁰³

1900-luvulla lääketieteellisen tiedekunnan opettajien lapsista moni päätyi lääkärin uralle. Professori Otto Wegelius on muistelmissaan maininnut, että professorien Robert Ehrströmin ja Yrjö Meurmanin sekä dosentti Fredrik Saltzmanin lapset opiskelivat lääkäreiksi – Otto Meurmanista tuli isänsä jalanjäljissä otatriikan professori.¹⁰⁴ Kunnanlääkäri Einar Palménin tytär Aili Palmén on sukunsa muistoista kertovassa kirjassaan kuvannut, kuinka hänen Lauri-serkkunsa oli jo varhain päättänyt ryhtyä isän jalanjäljissä lääkäriksi. Isä oli Viipurin naistensairaalan ylilääkäri,

¹⁰⁰ Kallio 1973, 9–13, 20–22, 25, 31–38.

¹⁰¹ Kallio 1973, 27; Reenkola 1976, 69; Sulamaa 1971, 12; Granit 1983, 49–50.

¹⁰² Soininen Gunnar: Eräitä katsauksia Suomen nykyiseen lääkärikuntaan. Duodecim 12/1935, 1085–1097; Vuoden 1940 lääkärimatrikkelista Soininen oli laskenut 91 lääkärin lasta, joten määrä oli vähentynyt edelliseen verrattuna 6,5 prosenttiin. Ks. Soininen Gunnar: Eräitä katsauksia Suomen lääkärikuntaan vuoden 1940 päättyessä. Duodecim 12/1941, 873–891.

¹⁰³ Kajander-Vierkens 2004, 3–6.

¹⁰⁴ Wegelius 1998, 31, 37, 92, 102; Muita esimerkkejäkin löytyy: kirurgian professori Birger Runebergin (1921–1938) isä oli sisätautiopin professori J. W. Runeberg, professori Simo Brofeldtin (1933–1942) tyttärestä Riitta Juvasta tuli lääkäri ja professori Harald Teirin (1955–1977) lasten joukossa oli LKT Henrik Teir, ks. Korppi-Tommolan artikkelit Kansallisbiografiassa; Professori P. E. A. Nylanderin (1940–1955) lapsien joukossa Pirkko Santavuoresta tuli lastenneurologi ja tutkija ja Pekka Nylanderista lääkäri, ks. Korppi-Tommola: Per Edvin Alfred Nylander. Kansallisbiografia ja Pihko: Pirkko Santavuori. HS; Patologisen anatomian professori Arno Saxénin (1938–1952) molemmista pojista tuli patologisen anatomian professoreita, ks. Saxén: Arno Saxén. Kansallisbiografia.

myöhempi Helsingin yliopiston synnytys- ja naistentautiopin professori Mauno Rauramo. Palmén kirjoittaa: *"Hän [Lauri Rauramo, SA] kierteli jo varhaisista ikävuosista saakka isänsä mukana sairaalassa, kyseli ja oppi, niin että hän varmaan jo ennen lääketieteellisten yliopisto-opintojensa alkua tiesi isänsä erikoisalasta enemmän kuin moni nuori medisiinari."* Lauri Rauramosta tuli myöhemmin Turun yliopiston synnytys- ja naistentautiopin professori.¹⁰⁵ Kuvaus tuo hyvin esille, että tiettyä hiljaista tietoa saattoivat kerätä vain lääkärikotien kasvatit, jotka konkreettisesti pääsivät näkemään, mitä tarkoitti työskennellä ja elää lääkärin ammatissa.

* * * * *

Alaluvun otsikon kysymykseen "kenestä lääkäri ja millä eväillä", muodostui 1930-luvulla erilainen vastaus kuin aiemmin. Perinnettä oli lääkärikoulutuksen pituus ja kalleus, jotka vaativat tai niiden uskottiin vaativan taloudellista ja kulttuurista pääomaa. Yläluokan lapsilla vaikuttaa olleen merkittävästi muita paremmat edellytykset päätyä ammattiin, mikä liittyi molempiin pääoman laatuihin. Vuonna 1933 annettu asetus sisäänpääsyn rajoittamisesta merkitsi sen sijaan murrosta siinä, että lääkärin ammattia myös tietoisesti ryhdyttiin rajaamaan sopivimmille. Ajatus vain harvoille suodusta mahdollisuudesta päästä tiedekuntaan vastasi hyvin ammattikunnan eetosta: lääkäriys oli raskas ja vakava kutsumus, eikä työ sopinut kaikille. Parhaat edellytykset lääkäriksi oli niillä, jotka osoittivat alkututkinnon aikana sitkeyttä ja ahkeruutta saavuttaa parhaat arvosanat. Tähän kodin kulttuuripääoma antoi jälleen hyvät edellytykset. Osa suomalaisten kotien kulttuuripääomaa on ehkä ollut myös usko koulutukseen, jonka merkitys oli luultavasti erityisen tärkeä yläluokan ulkopuolelta tulleissa perheissä.

¹⁰⁵ Palmén 1980, 155.

2. Kollegiaalisuuden vaalijat – medisiinarijärjestöjen perustaminen

Kaksikielisestä Candidati Medicinaesta kieliriitaan

Lääkärien tieteellisillä, ammatillisilla ja sosiaalisilla yhteisöillä oli pitkät perinteet, ja ne perustuivat jo opiskeluaikana muodostuneeseen yhteishenkeen ja kollegiaalisuuteen. Medisiinarien vakiintuneemman yhteistoiminnan ovat eri aikoina laulaisseet joko käytännölliset tai aatteelliset syyt, vaikka myös yhteisöllisyydellä on ollut merkitystä. Ensimmäinen yhteenliittymä lääketieteellisessä tiedekunnassa oli 1820-luvulla Turun Akatemiassa perustettu medisiinarien ja professorien yhteinen Medicinska Klubben. Matti Klinge on todennut, että sen perustamiseen vaikutti lisääntyneiden kliinisten opintojen synnyttämä tieteellinen ja ammatillinen yhteisöllisyys.¹⁰⁶ Medicinska Klubben ei kuitenkaan toiminut pitkään. Seuraavana vaiheena voi pitää vuoden 1852 statuuttuudistuksessa yliopistoon osakuntien korvaajiksi perustettuja tiedekunnittain toimivia yhteisöjä, joissa myös opettajat olivat mukana. Niiden toiminta jäi pääosin vähäiseksi ja osakuntien elpyminen merkitsi useimpien ylioppilastiedekuntien kuihtumista.¹⁰⁷ Lääketieteellisen ylioppilastiedekunnan toiminnasta ei tiettävästi ole säilynyt tietoja. Sen sijaan jumaluusopillinen ylioppilastiedekunta toimi vilkkaasti, eikä osakuntien laillistaminen vuonna 1868 lopettanut sen toimintaa. Tarja-Liisa Luukkanen on todennut, että uskonnollisen tapakulttuurin eroaminen muun akateemisen sivistyneistön tapakulttuurista, teologian ylioppilaiden sosiaalinen tausta ja samanmielisyys sekä kirkon ja teologien kritisointi ylioppilaspiireissä selittävät tämän. Yhdistys oli kuitenkin varsin eristäytynyt muusta ylioppilasmaailmasta keskittyen toiminnassaan hengelliseen elämään. Jumaluusopillinen ylioppilastiedekunta muuttui vuonna 1955 Teologian ylioppilaiden tiedekuntayhdistykseksi.¹⁰⁸

Kaikille laillistetuille lääkäreille tarkoitettu yhdistys oli vuonna 1835 perustettu Finska Läkaresällskapet.¹⁰⁹ Sen rinnalle kehittyi vuosisadan vaihteessa Duodecim-seura, joka syntyi nimenomaan medisiinarien piirissä. Seuran taustalla olivat aatteelliset vaikuttimet. Fennomanian kiihkeässä jakautumisvaiheessa 1870- ja 1880-luvuilla radikaaleimmat ylioppilaat sitoutuivat ”punaiseen”, sosiaaliseen fennomaniaan ja maltilliset keskittyivät edistämään suomen kielen asemaa. Duodecim-seura syntyi maltillisten, Savokarjalaisen osakunnan piirissä tavanneiden medisiinarien kesken vuonna 1881.¹¹⁰ Duodecim oli vuosisadan lopulle asti kandidaattien yhdistys, mutta tilanne muuttui, kun myös valmistuneet suomenkieliset lääkärit alkoivat liittyä seuran. Heitä innosti muun muassa seuran terveydenhuoltotyö

¹⁰⁶ Klinge 1989, 402.

¹⁰⁷ Klinge 1989, 210–213, 496, 532–534.

¹⁰⁸ Luukkanen 2005, 13, 28–50, 99–114, 219–225, 233–235, 247–249, 253–260.

¹⁰⁹ Krogius 1935, 30.

¹¹⁰ Virtanen 2002, 96–98; Ignatius 2012, 27–30, 35–40, 61–63; Klinge 1981, 13–22.

suomenkielisen väestön keskuudessa.¹¹¹ Vuonna 1919 seura otti nimekseen Suomalainen Lääkäriseura Duodecim ja jäsenyys rajattiin valmistuneisiin lääkäreihin ja lääketieteen kandidaatteihin – alussa jäsenenä oli ollut muidenkin alojen edustajia. Vaikka yhteys kandidaatteihin säilyi, Duodecimista oli tullut ensisijaisesti yleinen suomenkielinen lääkariseura.¹¹²

Medisiinareita aktivoivat yhteistoimintaan myös opintoasiat. Esimerkiksi vuonna 1900 järjestettiin medisiinarien ”Medicinska klubbenin” aloitteesta yleinen lääketieteilijöiden kokous, jossa keskusteltiin medikofilitutkinnosta ja kliinisten opintojen järjestämisestä kursseittain.¹¹³ Klubin toiminnasta ei ole tarkempia tietoja. Vuonna 1911 lääketieteen tutkintojen uudistustyö käynnistyi taas nimenomaan siitä, että yleinen medikofiilien ja lääketieteen ylioppilaiden kokous oli anonut tiedekunnalta muutoksia opintoihin.¹¹⁴ Pian tämän jälkeen, vuonna 1912 perustettiin kaksikielinen Candidati Medicinae -yhdistys (C. M. -yhdistys), jonka tarkoituksiksi määriteltiin ”*liittää yhteen suomalaiset lääketieteen kandidaatit sekä ylläpitää hyvää toveruutta ja huolehtia jäsentensä yhteisistä pyrkimyksistä ja harrastuksista*”.¹¹⁵ Tilaisuus vaikuttaa tulleen tuolloin otolliseksi omalle yhdistykselle. Ensinnäkin vuonna 1903 aiemmin vapaasti ja yksilöllisesti suoritettut kliiniset palvelukset oli muodostettu kurssimaisiksi kokonaisuuksiksi.¹¹⁶ Selkeä rakenne synnytti kurssiyhteisöllisyyttä ja mahdollisesti sen myötä laajempaa tarvetta yhteistoiminnalle. Taustalla oli myös vuonna 1907 annettu asetus, joka antoi ylioppilaille mahdollisuuden perustaa yliopistoon kirjallisia, tieteellisiä tai muita yhdistyksiä. Niiden säännöt hyväksyi rehtori.¹¹⁷ Vuosisadan alkupuolelle oli muutenkin ominaista yhdistystoiminnan laajeneminen, ja silloin perustettiin monia lääkärin paikallisia ja erikoisalayyhdistyksiä.¹¹⁸

Samoihin aikoihin oli syntynyt tiedekuntajärjestöjä myös maanviljelys-taloudellisen osaston puitteissa. Vuosisadan alussa agronomien koulutus siirrettiin Mustialan maanviljelys- ja meijeriopistosta ja metsänhoitajien koulutus Evon metsäopistosta yliopistoon. Tämän akatemisoitumisprosessin myötä korkeinta maatalousopetusta alettiin antaa Helsingin yliopistossa vuonna 1907 ja metsäopetusta muutamaa vuotta myöhemmin. Tuolloin perustettiin Maatalousylioppilaiden yhdistys Sampsa ja Metsänhoidon ylioppilaiden ylioppilasyhdistys Metsämiehet. Niiden tausta oli erilainen kuin uusien ylioppilasyhdistysten, sillä ne perustettiin jatkamaan edeltäjiensä oppilasyhdistysten perinteitä. Yhdistykset järjestivät alusta alkaen niin sosiaalista kuin opintoihin liittyvää toimintaa sekä julkaisivat omia lehtiään. Maanviljelys-taloudellisen osaston aseman vakiintuminen kesti jonkin

111 Ignatius 2012, 93–95, 108–109, 196.

112 Ignatius 2012, 240.

113 Yleinen lääkintätieteilijäin kokous Helsingissä 29 p:nä syyskuuta 1900. Duodecim 9/1900, 227–231.

114 Lääket. tdk ptk 24.1.1911 (6§) liitteeseen, HYKA.

115 ”Candidati Medicinae” (C.M.) yhdistyksen säännöt. Kansiossa C.M., LKSA.

116 Leikola 1989, 376; Tigerstedt 1911, 123–125.

117 Strömberg 1990, 558.

118 Nyström 2010(a), 17–21.

aikaa, mikä luultavasti ohjasi näiden alojen ylioppilaita toimimaan omissa yhteisöissään.¹¹⁹

Lääketieteen kandidaattien C.M. -yhdistys perustettiin kaksikielisenä, mikä kertoo kielellisten ristiriitojen siirtyneen 1910-luvulla marginaaliin sekä ylioppilasmaailmassa että yleisemmin. Lääkärin piirissä tähän vaikutti kaksikielisen Suomen Lääkäriliiton perustaminen yhdistämään koko ammattikuntaa. Lääkärikunnassa oli myös henkilöitä, jotka edistivät hyviä suhteita Finska Läkaresällskapetin ja Duodecimin välillä ja nauttivat arvostusta yli kielirajojen.¹²⁰ Ylioppilasmaailmassa kielellisiä ristiriitoja oli pyritty vähentämään jakamalla osa osakunnista kielelliseltä pohjalta.¹²¹ C.M. -yhdistyksen toiminnassa oli tieteellisiä, ammatillisia ja yhteisöllisiä elementtejä. Yhdistys piti yhteyttä tiedekuntaan sekä järjesti urheilutapahtumia ja yhteisiä kokouksia, joissa kandidaatit pitivät esitelmiä. Tieteelliset esitelmät kuuluivatkin perinteisesti lääkäriyhdistysten kokouksiin. Lisäksi C.M. -yhdistys käsitteli ylioppilaiden sairaanhoidon järjestämistä ja teki aloitteen ylioppilaskunnan sairausapukassan perustamisesta. Klinikoiden amanuenssivirkojen täyttämistä varten laadittiin säännöt.¹²² Kiinnostavaa on, että vuonna 1913 yhdistyksen piirissä esitettiin ajatus lääketieteen kandidaattien muodostaman ”ylioppilaskunnan” perustamisesta.¹²³ Tämä kuvaa sitä, että kandidaatit vanhempina ja jo tutkinnon suorittaneina kokivat asemansa erilaiseksi muiden tiedekuntien ylioppilaisiin verrattuna.

Maaillmansodan jälkeisissä oloissa C.M. -yhdistyksen toiminta kuitenkin hiiptui, ja viimeiset merkinnät jäsenmatrikelissa ovat vuodelta 1920.¹²⁴ Sodan jälkeistä aikaa leimasi tiukka opiskelutahti, jossa yhteistoiminnalle ei ehkä enää ollut tilaa. Perustajat ja ensimmäiset aktiivit valmistuivat, ja sodan myötä jatkuvuus mahdollisesti katkesi. C.M. -yhdistyksen toiminnan lakkaamiseen on saattanut vaikuttaa myös kieliriitojen puhkeaminen lääkärikunnassa. Vuonna 1916 Finska Läkaresällskapetista erosi suuri joukko suomenkielisiä lääkäreitä niin sanotun Bergstedtin testamenttijupakan seurauksena. Aiemmin duodecimiläisiä oli eronnut Finska Läkaresällskapetista lähinnä muiden poliittisten syiden vuoksi.¹²⁵ Finska Läkaresällskapetin asema kaikkia lääkäreitä kokoavana tieteellisenä seurana heikentyi edelleen merkittävästi, kun kaikki suomenkieliset lääkärit eivät enää automaattisesti liittyneet siihen. Duodecimista taas oli muodostunut yhä enemmän suomenkielisten lääkärien yleinen tieteellinen seura.¹²⁶ Tilanne kärjistyi jälleen 1920-luvulla ja kulmineitui duodecimilaisten toiseen joukkoeroon Finska Läkaresällskapetista, minkä jälkeen seurojen välit viilenivät ja yhteistoiminta jatkui vasta toisen maailmansodan jälkeen. Tässä erossa myös lääketieteellisen tiedekunnan suomen- ja

119 Halonen 2010, 122–126, 134–138, 329–331, 334–341; Paaskoski 2008, 74–76.

120 Ignatius 2012, 211. Ignatius mainitsee professorit Max Oker-Blomin ja Christian Sibeliuksen.

121 Strömberg 1990, 553–555.

122 Tieteelliset yhdistykset. Ylioppilaslehti 4/1913, 45, 9/1914, 102, 11/1914, 222, 15/1914, 168; Ylioppilaskunnan sairausapukassan suunnitelut. Ylioppilaslehti 19/1914, 205; Myös Heikkinen 2008, 16–18.

123 Heikkinen 2008, 17.

124 C.M. -yhdistyksen matrikelit. LKSA.

125 Ignatius 2012, 131–136, 211–215.

126 Ignatius 2012, 240–243.

ruotsinkielisten professorien virantäyttökiistoilla oli keskeinen osuus. Merkittävää on, että 1920-luvulla valmistuneiden kaksoisjäsenyydet seuroissa olivat yhä harvinaisempia.¹²⁷

Lääkärikunnan sisäinen kuohunta heijasteli yleistä tilannetta. 1920- ja 1930-luvuilla kysymys opetuksellisten kielioalojen järjestämisestä löi leimansa koko yliopiston toimintaan Helsingissä. Yliopistoon oli 1900-luvun vaihteesta lähtien tullut enemmän suomen- kuin ruotsinkielisiä ylioppilaita, mutta opettajakunta pysyi vielä pitkään pääosin ruotsinkielisenä. Kysymys koulu- ja sivistyskielestä oli periaatteellisesti keskeinen. Se liittyi aatteellisesti itsenäisyyden ajan alun keskusteluun kansallisesta identiteetistä, Suomen kulttuurisesta orientaatiosta sekä sivistyneistön ja virkamiesten suhteesta kansaan. Vuosina 1917–1923 määriteltiin suomen ja ruotsin kielen asema ja suhde Suomen hallitusmuodossa ja lainsäädännössä. Ruotsinkieliset olivat ajaneet kielellistä eristäytymispolitiikkaa, ja maan sivistyselämä jakautui monella tasolla kielelliseltä pohjalta. Tämä kahtiajako ilmeni esimerkiksi siinä, että Turkuun perustettiin vuosina 1919–1920 ruotsinkielinen Åbo Akademi ja suomenkielinen Turun yliopisto.¹²⁸

Kun kielioaloja Helsingin yliopistossa ryhdyttiin ratkomaan 1910-luvun lopussa, lääketieteellisessä tiedekunnassa oli useita pakollisia oppiaineita, joissa aineen vakituinen opettaja oli aina luennoinut ruotsiksi. Ensimmäiset suomenkieliset professorit oli nimitetty 1910-luvun taitteessa.¹²⁹ Tiedekunnassa kielikysymystä selvitetty toimikunta vaati vakinaisten virkojen perustamista suomenkielistä julkista opetusta varten kaikkiin tutkintoaineisiin ja ruotsinkielistä julkista opetusta varten tärkeimpiin oppiaineisiin. Henkilökohtaisessa opetuksessa tuli käyttää aina oppilaan kieltä.¹³⁰ Lääketieteessä henkilökohtaisen opetuksen suuren määrän vuoksi tavoite antaa opetusta opiskelijan äidinkielellä oli toteutettavissa joko muodostamalla erikseen suomen- ja ruotsinkieliset opetuslinjat tai siten, että kliiniset opettajat pystyivät sujuvasti toimimaan molemmilla kielillä. Klinikoilla opettajien oli kyettävä antamaan opetusta vaihtelevistakin sairaustiloista usein valmistautumatta mutta perusteellisesti ja eksaktisti. Toisen kielen käyttäminen henkilökohtaisessa opetuksessa ei aina luonnistunut kovinkaan hyvin, ja jotkut professorit tulivat kuuluisiksi huonosta suomen kielen taidostaan.¹³¹ Linjajaon toteuttaminen taas oli käytännössä vaikeaa. Kliinikkaopetus oli sidottu kliinisten aineiden professoreihin, jotka johtivat ylläkäreinä oman alansa osastoa tai klinikkaa. Tämä oli myös arvovaltakysymys – Anto Leikola on todennut, että lääketieteessä kukin professori tarvitsi hallittavakseen oman reviirinsä¹³². Laajan suomen- ja ruotsinkielisen opetuksen järjestäminen olisi tarkoittanut klinikoiden jakamista kahteen osastoon, mikä olisi vaatinut uusia virkoja ja tiloja.¹³³ Uusien professuurien myötä klinikoita

¹²⁷ Ignatius 2012, 259–263.

¹²⁸ Klinge 1990, 46–47, 110–111; Hämäläinen 1968, 78–90.

¹²⁹ Ignatius 2012, 204; Klinge 1990, 48.

¹³⁰ Toimikunnan mietintö lääketieteelliselle tiedekunnalle. Duodecim 11–12/1919, 366–381; Lääket. tdk ptk 21.11.1919 (1§), 15.12.1919 (2§), 16.12.1919 (2§), HYKA.

¹³¹ Esim. Reenkola 1976, 149–150.

¹³² Leikola 1990, 461.

¹³³ Toimikunnan mietintö lääketieteelliselle tiedekunnalle. Duodecim 11–12/1919, 366–381.

oli tosin pilkottu aiemminkin tai oli turvauduttu opetukseen yliopiston ulkopuolisissa sairaaloissa.¹³⁴

Vuonna 1923 eduskunta vahvisti yliopistolaissa kielikysymyksen järjestämisen periaatteet: osa professoreista sai pitää julkiset luentonsa ylioppilaiden kielijakamasta riippumatta ruotsiksi ja osan tuli ottaa huomioon kielisuhteet. Laki sisälsi linjajaon siemenen: tiedekuntiin tuli vaihtuvia professuureja, joiden opetusala määritettiin virantäytön yhteydessä kielellisten opetustarpeiden mukaan. Kaksikielisyyden periaate kuitenkin säilyi, sillä yhteinen näkemys oli, että henkilökohtainen opetus klinikoissa, laboratorioissa, kuulusteluissa ja tutkimuksissa oli annettava oppilaan äidinkielellä.¹³⁵ Lain myötä lääketieteelliseen tiedekuntaan perustettiin vaihtuvia suomenkielisiä professuureja, jotka tulivat vuosina 1924–1929 anatomiaan, synnytys- ja naistentauteihin, patologiseen anatomiaan, sisätautioppiin ja kirurgiaan.¹³⁶ Näiden – ja muutamien muiden – virantäyttäjien myötä kielelliset voimasuhteet muuttuivat nopeasti 1920-luvun aikana.¹³⁷

Helsingin yliopiston opetusohjelmassa lukuvuodelle 1926–1927 näkyi uuden yliopistolain vaikutus, sillä siinä ilmoitettiin erikseen opettajien antamien luentojen kielestä. Kahta vuotta aiemmin opetuskieltä ei ollut yksilöity vaan monet professorit olivat ilmoittaneet toimivansa molemmilla kielillä, mutta luennot olivat yleensä ruotsiksi. Lukuvuonna 1926–1927 lääketieteen pakollisia tutkintoaineita luennoi kymmenen professoria ruotsiksi ja yhdeksän suomeksi; näiden lisäksi uusia vaihtuvia virkoja oli avoinna ja niitä hoiti kolme suomenkielistä dosenttia.¹³⁸ Tiedekunnan opiskelijoista oli 72 prosenttia suomenkielisiä syksyllä 1926, kun professoreista 54 prosenttia luennoi suomen kielellä.¹³⁹ Tilanne muuttui kuitenkin nopeasti. Suomenkielistyminen näkyi lukuvuoden 1932–1933 opetusohjelmassa: professoreista kuusi luennoi ruotsiksi ja 15 suomeksi, kun mukaan lasketaan avoinna olevien vaihtuvien virkojen hoitajat. Myös yhä useammat dosentit luennoivat suomeksi.¹⁴⁰ Päiviö Tommila on huomauttanut, että vaikka suomenkielisestä opetuksesta pidettiin paljon meteliä, keskustelun kääntöpuolena oli, että monet ruotsinkieliset ymmärsivät huonommin suomenkielisiä luentoja kuin toisin päin.¹⁴¹

Tiedekunta linjasi vuonna 1928 tärkeimmät oppiaineet, joissa tuli antaa opetusta ruotsiksi. Nämä olivat kirurgia, sisätaudit, patologinen anatomia ja fysiologia.¹⁴²

¹³⁴ Esim. kun Otto Engström nimitettiin lapsenpäästöopin henkilökohtaiseksi ylimääräiseksi professoriksi vuonna 1893, hänen annettiin hoitaa opetuksensa yksityissairaalassaan, jossa kandidaatit olivat opiskelleet jo aiemmin. Näin välttyttiin synnytysklinikan jakamiselta, mikä olisi ollut vastoin varsinaisen professorin tahtoa. Klinge 1989, 429–430.

¹³⁵ Klinge 1990, 46–54.

¹³⁶ Klinge 1990, 58.

¹³⁷ Ignatius 2012, 204, 260–261. Ignatius mainitsee seuraavat suomenkieliset professorit: Ylppö, Kajava, Wichmann, Airila, Castrén, Becker, Renqvist, Kalima ja Y. Meurman. Ks. liite 4 Lääketieteen professorit 1930–1969.

¹³⁸ Luvuissa ovat mukana sekä vakituiset että ylimääräiset professorit. Hermotautien professori Jarl Haggelstam ilmoitti toimivansa molemmilla kielillä, mutta hän ei ilmeisesti pitänyt luentoja.

¹³⁹ Professoreihin on laskettu myös mainitut kolme suomenkielisissä vaihtuvissa professuureissa toiminut dosenttia.

¹⁴⁰ Helsingin yliopiston ohjelmat 1924–1925, 1926–1927 ja 1932–1933.

¹⁴¹ Tommila 2002, 42.

¹⁴² Lääket. tdk ptk 3.4.1928 (9§), 13.4.1928 (1§) liitteeseen, HYKA.

Näissä aineissa pyrittiin luomaan kielilinjat. Ongelmia ilmeni kuitenkin kirurgian ja sisätautien opetuksessa, joissa sairaalat oli 1910-luvulla aloitetun propedeuttisen opetuksen myötä jaettu kahteen klinikkaan valmistavaa ja varsinaista kurssia varten. Professori Gösta Becker kirjelmöi vuonna 1934 tiedekunnalle suomenkielisten kandidaattien sisätautien opetuksen ongelmista. Vuoteen 1930 saakka sisätautien varsinaisen kurssin opetus oli ollut lähes kokonaan ruotsinkielistä. Sittenkin suomenkielisille kandidaateille oli järjestetty mahdollisuus suorittaa osa palvelustaan Kivelän sairaalassa ylilääkäri, dosentti William Kerppolan alaisuudessa, joka hoiti sisätautiopin vaihtuvaa suomenkielistä professuuria. Opetusolosuhteet olivat kuitenkin epäedullisemmat kuin yliopiston klinikoilla. Becker huomautti, että Kivelän sairaalassa ei ollut amanuensseja, *”joitten merkitys opastavina vanhempina tovereina ei ole aivan vähäiseksi arvioitava”*. Kirurgian klinikkaopetuksessa oli samansuuntainen tilanne. Ratkaisuksi tuli opetuksen järjestäminen vakinaisemmaksi sisätaudeissa Kivelän sairaalassa ja kirurgiassa Suomen Punaisen Ristin sairaalassa, mikä toteutui eduskunnan myönnettyä tähän määrärahat vuonna 1936.¹⁴³ Sisätautiopissa ongelmat eivät kuitenkaan päättyneet tähän, vaan myöhemminkin suomenkieliset kandidaatit kokivat asemansa ruotsinkielisiä huonommaksi.¹⁴⁴

Ylioppilasmaailmassa kieliryhmien väliset ristiriidat olivat syvästi kärjistyneet 1920-luvulla. Vuoden 1923 yliopistolaki ei ollut ratkaissut tilannetta yliopistola, vaan tyytymättömiksi olivat jääneet sekä ruotsinkieliset että nouseva aitosuomalainen liike. Vuonna 1922 ylioppilaiden keskuudessa perustettu Akateeminen Karjala-Seura (AKS) ryhtyi ajamaan Helsingin yliopiston täydellistä suomalaistamista. Ajatuksena oli vahvistaa sivistyneistön suhdetta suomalaiseen kansaan ja tulevien virkamiesten ”kansallista mielenlaatua”. Vain kokonaan suomenkielinen yliopisto nähtiin ratkaisuna aidosti suomalais-kansallisen sivistyneistön luomiseksi. Samoihin aikoihin ruotsinkielisten eristäytyminen kiihtyi: ruotsinkieliset ylioppilaat pyrkivät yliopiston ja ylioppilaskunnan kielelliseen jakamiseen. AKS:n johtama taistelu suomalaisen valtionyliopiston puolesta oli kiivaimmillaan yliopistolain uudistamisen yhteydessä 1920–1930-luvun vaihteessa. Kuten Matti Klinge on todennut, suomalaistamiskampanjassa oli kyse enemmänkin ”mystillisen kansallismaistumisen” kultista ja vain etäisesti yliopiston opetuskielestä.¹⁴⁵

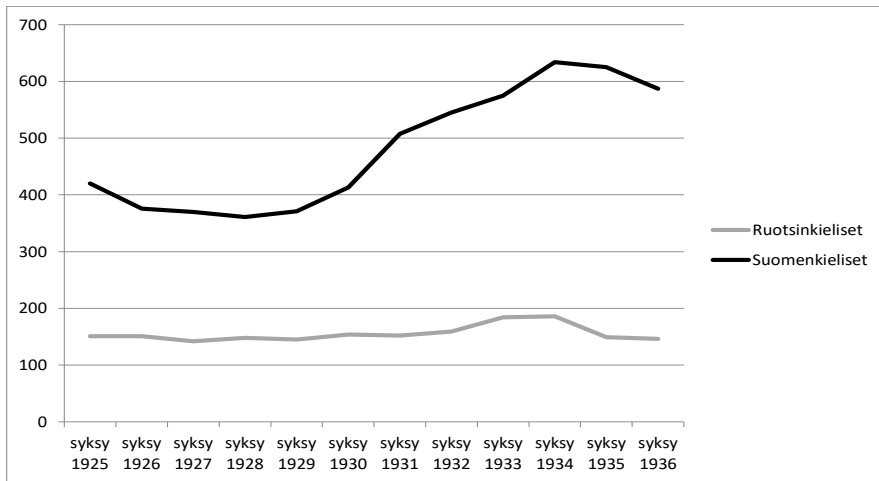
Kaaviossa 2 näkyy, että suomenkielisten opiskelijoiden määrä lääketieteellisessä tiedekunnassa nousi ylioppilastulvan myötä jyrkästi 1930-luvun alkuvuosina. Ruotsinkielisten määrä pysyi suunnilleen samana. Näin ollen kyse oli nimenomaan suomenkielisten ylioppilaiden tulvasta; ruotsinkielisten määrä ei vähentynyt vaan heidän suhteellinen osuutensa pienentyi. Suomenkielisten määrän kasvu ei heti näkynyt klinikkakurssilla, sillä esimerkiksi huippuvuoden 1934 ylioppilaat valmistuivat kandidaateiksi aikaisintaan keväällä 1936, mutta he pääsivät todennäköisesti ruuhkan vuoksi aloittamaan kliiniset opintonsa vasta myöhemmin. Joka tapaukses-

143 Lääket. tdk ptk 25.9.1934 (18\$), 27.11.1934 (15\$), 4.12.1934 (8\$), 21.1.1935 (1\$) liitteineen, HYKA; Kertomus Helsingin yliopiston toiminnasta lukuvuonna 1934–1935, 85 ja 1935–1936, 95–96.

144 Lääket. tdk ptk 23.3.1937 (15\$) liitteineen, HYKA.

145 Klinge 1978, 28–29, 76–77, 90–95, 123–126; Myös Hämäläinen 1968, 106–107, III–II8, 165–180.

sa yleinen ilmapiiri heijastui myös lääketieteelliseen tiedekuntaan ja sen erikielisten opiskelijoiden välisiin suhteisiin ja toimintaan.



Kaavio 2. Suomen- ja ruotsinkielisten medisiinarien määrä kirjoittautuneista opiskelijoista syksyisin 1925–1936.¹⁴⁶

Toveripiiriin merkitys – Medicinarklubben Thoraxin synty

”Lääketieteenkandidaatit ovat aina muodostaneet erikoisasemassa olevan osan opiskelijoista. Heidän opiskelunsa, joka on pääasiassa työskentelyä sairaaloissa, poikkeaa kaikkien muiden opiskelusta siinä määrin, että he n.s. ’muodostavat osakuntansa opiskelualan eikä kotiseudun mukaan’.”

Ylioppilaan kirjassa kiteytettiin vuonna 1936 lääketieteen kandidaattien erityisasema yliopiston opiskelijoiden keskuudessa.¹⁴⁷ Vaikka tekstissä puhutaan kandidaateista, se on sovellettavissa medisiinareihin yleisemminkin. Jo prekliinisessä vaiheessa lääketieteen ylioppilaat olivat tiiviisti tekemisissä toistensa kanssa. Takana olivat ensimmäiset yliopistolla vietetyt vuodet, jolloin oli työskennelty matemaattis-luonnontieteellisen osaston muiden ylioppilaiden rinnalla. Lääketieteelliseen tiedekuntaan eteneminen merkitsi rajapyykkiä, joka erotti medisiinarit omaksi ryhmäkseen – ja rajoitusten tultua kaikki halukkaat eivät tähän ryhmään päässeet. Tämä vahvisti medisiinarien yhteenkuuluvuutta, ja uudenlaiselle keskinäiselle sosiaaliselle toiminnalle syntyi tilausta 1920- ja 1930-lukujen vaihteessa. Pitkäaikainen kielellinen vastakohtaisuus yliopistolla, ylioppilaselämän ja osakuntatoiminnan jakautuminen suomen- ja ruotsinkielisten omiin maailmoihin ja lääkärikunnan

¹⁴⁶ Helsingin yliopiston luettelot 1921–1936. Suomen- ja ruotsinkielisten medisiinarien määrä kirjoittautuneista opiskelijoista on laskettu osakuntien jäsenmäärien pohjalta. Osakuntiin kuuluminen oli pakollista vuoteen 1937 asti.

¹⁴⁷ *Ylioppilaan kirja* (Ylioppilaskalenteri) 1936, 130.

kielelliset ristiriidat vahvistivat kieliryhmien erillisyyttä medisiinarikunnassa. Näin syntyi pohja kahden erikielisen seuran perustamiselle.

Ensimmäisenä perustettiin ruotsinkielinen Medicinarklubben Thorax. Se sai alkunsa pienen ystäväpiirin, neljän lääketieteen ylioppilaan ”kaffejuntassa” esitetystä ajatuksesta ruotsinkielisten medisiinarien klubin perustamisesta. Thoraxin pienimuotoinen perustava kokous pidettiin keväällä 1931, jolloin ei vielä ollut tarkoituskaan perustaa yhdistystä. Jäseneksi pääsi vain kutsusta. Kiinnostus salaperäistä klubia kohtaan oli kuitenkin suurta, ja myös vanhemmat kandidaatit hakivat jäsenyyttä. Muutaman vuoden päästä Thorax oli muotoutunut kaikkien ruotsinkielisten lääketieteen ylioppilaiden ja kandidaattien yhdistykseksi, jonka säännöt yliopiston rehtori oli hyväksynyt ja joka näin saattoi katsoa itsensä yliopiston tunnustamaksi ylioppilasyhdistykseksi.¹⁴⁸ Thoraxin perustaminen pienenä, intiiminä toveripiirinä oli osa ruotsinkielisten eristäytymistä ylioppilaskunnassa. Kieliryhmien välinen juopa oli syvä, ja tässä ilmapiirissä ruotsinkielisten medisiinarien toveruuden vahvistamiselle oli tilausta.

Thoraxin tarkoitus oli alusta lähtien yhteisöllinen ja kasvatuksellinen: medisiinarien hyvän toverihengen ja eettillisen kasvatuksen edistäminen lääkärien yhdistystoiminnan traditioiden hengessä. Seuran nimeksi valittiin *thorax* eli rintakehä kuvaamaan sydäntä suojaavaa peitettä ja symboloimaan tunnetta. Pohdittaessa uuden medisiinariklubin tarkoitusta, toimintamuotoja ja traditioiden luomista koettiin tärkeäksi jäsenten kannustaminen ahkeraan ja vastuulliseen opiskeluun.¹⁴⁹ Kun Thoraxin syntyä 1940- ja 1950-luvuilla muisteltiin, korostettiin ammatillisen toiminnan tulleen mukaan vasta myöhemmin. Thorax perustettiin siis ennen kaikkea yhdistämään läheistä toveripiiriä ja luomaan muotoja yhteiselle kiinnostukselle tulevaan elämäntehtävään.¹⁵⁰ Alkuvaiheen idealismia ja kutsumuksen merkitystä korosti yksi perustajajäsenistä, med. lic. Ben Stjernschantz, joka samalla kiteytti 1930-luvun medisiinarien näkemyksen lääkärintoimesta kutsumuksena, ei ammatina:

*”Olimme kaikki nuoria idealisteja, joilla oli vahva ja valoisa usko tulevaisuuteen, palavasti innostuneita kouluttautumaan elämämme kutsumukseen, ei niinkään ammattiin. Toveruuden tarkoitus oli antaa eettinen kasvatus, luoda kollegiaalisuuden henki, johon me kaikki uskoimme ja jonka suurta merkitystä me aavistelimme.”*¹⁵¹

Toverihengen merkityksen korostaminen saattaa toki olla myös myöhempää, valmistuneiden lääkärien nostalgiaa, jossa erityisesti juuri 1950-luvulla korostettiin

¹⁴⁸ Medicinarklubben Thorax 1956, 7–10, 30–39; Ulfves Anders: Thorax 25 år. Några axplock ur klubbens historik. Medisiinari 2/1956, 30–31.

¹⁴⁹ Medicinarklubben Thorax 1956, 7–10.

¹⁵⁰ Bheim (Gösta Björkenheim): Thorax fönster utåt. Medisiinari 3/1946, 19–20; Medicinarklubben Thorax 1956, 7–13.

¹⁵¹ Medicinarklubben Thorax 1956, 7–10. Alkuperäinen ruotsinkielinen teksti: ”Vi var alla unga idealister med en stark och ljus tro på framtiden, besjälade av en brinnande iver att utbilda oss för vårt levnadskall, knappast för ett yrke. Kamratskapet skulle skänka den etiska uppfostran, skapa den anda av kollegialitet, som vi alla trodde på och vars stora betydelse vi anade.”, käänös SA.

kutsumusta.¹⁵² Joka tapauksessa ruotsinkielisiä medisiinareita oli 1930-luvulla vähän ja heidän taustansa oli varsin yhtenäinen. Suurin osa oli helsinkiläisiä tai kotoisin pääkaupungin läheltä: esimerkiksi keväällä 1931 ruotsinkielisiä medisiinareita oli yliopiston kirjoissa 151, ja heistä 106 (70 %) kuului Nylands Nationiin, jonka jäsenet olivat Uudenmaan ruotsinkielisiä ylioppilaita.¹⁵³ Nylands Nationin osakuntatalo oli ruotsinkielisen ylioppilaselämän keskus, sillä Ylioppilastalo ja Osakuntatalo olivat suomenkielisten hallussa. Nylands Nationin suojissa majailivat 1930-luvulla myös Åbo Nation ja Östra Finlands Nation, ja erilaiset ruotsinkielisten ylioppilaiden klubit ja harrastuskerhot kokoontuivat talossa. Näin ollen suurin osa ruotsinkielisistä medisiinareista oli talon vaikutuspiirissä, vaikka kaikki eivät toki ottaneet aktiivisesti osaa ylioppilaselämään. Kun kaikki neljä Thoraxin perustajajäsentä olivat Nylands Nationin jäseniä¹⁵⁴, voikin sanoa, että Thorax syntyi medisiinariklubiksi Nylands Nationin puitteissa. Tämän vuoksi klubin virallistamisella ei ehkä ollut aluksi suurta tarvetta. Kokoukset ja juhlat pidettiin alkuvuosina osakunnan tiloissa.¹⁵⁵ Thoraxin ja Nylands Nationin tiivis yhteys korostuu esimerkiksi LKS:n entisen puheenjohtajan Olavi Koskisen muistelussa vuodelta 1963: Koskinen kertoi, kuinka Thorax oli kerran 1950-luvun alussa saanut porttikiellon ”omaan osakuntaansa”.¹⁵⁶

Thoraxin kasvatuksellisia tavoitteita ei korostettu vain juhlapuheissa, vaan alun perin ajatuksena oli todella valvoa jäsenten vastuullisuutta medisiinan opinnoissa muun muassa perimällä sakkoja poissaoloista luennoilta. Tämä oli itse asiassa ”kaffejuntassa” vallinnut tapa: edellisen illan sitsien ei tullut häiritä niin paljon opiskelua, että aamuluento olisi jäänyt väliin – jos näin tapahtui neljän ylioppilaan toveripiirissä, poissaolija joutui sakkona tarjoamaan muille kahvit. Laajemmassa käytössä sakot jäivät lyhytaikaiseksi tavaksi. Suurempi kasvattava merkitys oli toverihengellä, jota luotiin yhteisissä juhlissa. Vuosijuhlaan kutsuttiin myös tiedekunnan ruotsinkieliset professorit. Muita juhlia olivat muun muassa jäsenten vastaanottajaisjuhlat, joissa uusien jäsenten tehtävänä oli neitsytpuheen pitäminen. Hyvän medisiinarin ideaaliin kuului sekä hyvä toveruus että ahkeruus opinnoissa – tämä oli ihanne, jota 1930-luvun Medicinarklubben Thorax korosti toiminnassaan.¹⁵⁷ Hyvän toveruuden periaatteiden kiteytyminen traditioiksi näkyi siinä, että esikuvalliseksi koetun, nuorena kuolleen perustajajäsenen ja puheenjohtajan Eric Bonsdorffin muistoksi perustettiin vuonna 1935 toveruuspalkinto.¹⁵⁸

¹⁵² Ks. luku III.3.

¹⁵³ Helsingin yliopiston luettelo kevätlukukausi 1931.

¹⁵⁴ Thoraxin perustajajäseniksi on mainittu ”kaffejunta”: Eric Bonsdorff, Folke Bäckström, Ben Stjernschantz ja Pehr August Stenius. Medicinarklubben Thorax 1956, 7–10. Osakuntataustat ks. Helsingin yliopiston luettelo kevätlukukausi 1931.

¹⁵⁵ Ulfves Anders: Thorax 25 år. Några axplock ur klubbens historik. Medisiinari 2/1956, 30–31; Vainio 2001, 6–7.

¹⁵⁶ Kolme vuosikymmentä. Koskinen Olavi: 1950-luku. Medisiinari 3/1963, 11–24.

¹⁵⁷ Medicinarklubben Thorax 1956, 7–13.

¹⁵⁸ Medicinarklubben Thorax 1956, 30–39.

Medisiinarien osakunnaksi? Lääketieteenkandidaattiseuran perustaminen

”Usein on suomenkielisten lääketieteenkandidaattien keskuudessa pohdittu oman klubin tai yhdistyksen perustamista. On ilmeistä, että luja yhteenliittyminen tarjoaa tuleville lääkäreille korvaamattomia etuja. Kun lisäksi osakuntalaitos ainakin vanhempisiin opiskelijoihin nähden on menettänyt merkityksensä, on tällaisen – samoihin opintoihin ja toveruuteen perustuvan – yhdistyksen puute vuosien kuluessa tullut yhä selvemmäksi.”

Näillä sanoilla lähestyivät kirurgian klinikalla palvelleet vanhemmat suomenkieliset kandidaatit muita kursseja ja pyysivät niitä, jotka pitivät tällaisen klubin perustamista tarpeellisena, merkitsemään nimensä kirjeen alle.¹⁵⁹ Keväällä 1933 kandidaatit kokoontuivat perustamaan Lääketieteenkandidaattiseuraa (LKS). Perustamissyiksi määriteltiin eri klinikoilla työskentelevien kandidaattien yhdistäminen, heidän yhteisten asioidensa ajaminen ja kollegiaalisuuden kasvattaminen medisiinarikunnassa.¹⁶⁰ Taustalla vaikutti keskeisesti Thoraxin perustaminen. LKS:n alkuvaiheen aatteellinen kehitys osoittaa myös, että kielelliset vastakohtaisuudet tuottivat sellaisen avainkokemuksen, jonka tuloksena oli mobilisaatio LKS:n perustamisen merkeissä. Lisäksi medisiinareilla oli haluja irtautua maakunnallisista osakunnista, jotka olivat Helsingin ylioppilaselämän perinteisiä sosiaalisia perusyhteisöjä.

Oman yhdistyksen perustamisesta oli käyty vuosien varrella monenlaisia käytäväkeskusteluja. Kandidaattiseuran ensimmäinen varapuheenjohtaja Mies Reenkola (ent. Renvall) on kertonut muistelmissaan oman Aasis-kurssinsa perustaneen keväällä 1930 Symphysis-seuran, jonka toiminta kuitenkin sammui pian. Samoihin aikoihin Huugo Huhtikankaan, Pekka Somerin, Erkkä Laukan ja Jussi Amperlan muodostama ”skruuvisakki” pohti suomenkielisen medisiinarien yhdistyksen perustamista.¹⁶¹ LKS:n synnyn varsinainen konkreettinen sysäys vaikuttaa olleen Thoraxin perustaminen, sillä syksyllä 1932 C.M. -yhdistyksen sihteerinä ja rahastonhoitajana aikoinaan toiminut lääket. ja kir. tri Matti Orkomies (ent. Wallenius) tiedotti suomenkielisille kandidaateille Thoraxin havittelevan yliopiston haltuun jätettyä C.M. -yhdistyksen muutaman tuhannen markan perintöä. Orkomies esitti suomenkielisen medisiinariyhteisön muodostamista, joka voisi C.M. -yhdistyksen perillisenä vaatia rahoja. Aloitteen tekijäksi nousi Karjalaisen osakunnan sihteeri, aktiivinen suomalaisuusmies Huugo Huhtikangas, joka laati yhdistykselle sääntöluonnoksen. Lähes kaikki suomenkieliset kandidaatit allekirjoittivat klinikkakursseille toimitetut jäsenlistat – yhdistykselle oli siis tilausta. Hanke sai tukea myös

¹⁵⁹ Kursseille lähetetyt kirjeet palautettuina ja allekirjoitettuina kansiossa LKS 1934–1935. LKSA.

¹⁶⁰ Lääketieteenkandidaattiseuran toiminnasta v. 1933. Duodecim 4/1934, 398–399.

¹⁶¹ Reenkola 1976, 127; Huhtikangas Huugo: Miten ja miksi Lääketieteenkandidaattiseura syntyi. Medisiinari 4/1947, 5–7; Myös Mäkimattila 1958, 14.

Duodecimin johdolta ja tiedekunnasta. Lääketieteenkandidaattiseuran perustava kokous pidettiin helmikuussa 1933.¹⁶²

Mies Reenkola on nostanut muistelmissaan esille, että LKS:n perustamisen taustalla oli ensisijaisesti kandidaattien halu irtautua osakuntalaitoksesta: *”Junttausta muistuttava AKS:läinen painostus vieroitti meitä osakunnista.”*¹⁶³ LKS:n vuoden 1935 varapuheenjohtaja Matti Sulamaa on muistelmissaan luonnehtinut kuuluneensa opiskeluaikanaan *”poliittisesti sitoutumattomiin, osakuntia vieroksuviin ja lääkärin yhteishengen lujittamiseen pyrkiviin kandiseuran perustajapiireihin”*.¹⁶⁴ Myös Lääketieteenkandidaattiseuran historiikeissa on korostettu yhtenä syynä halua perustaa kandidaateille oma yhteisö korvaamaan osakunnat.¹⁶⁵ Tälle ”osakuntavastaisuudelle” esitettiin sekä taloudellisia että aatteellisia perusteluja. Osakuntien perimät maksut harmittivat kandidaatteja, sillä he joutuivat maksamaan niitä pitkien opintojensa vuoksi yleensä kauemmin kuin muiden alojen opiskelijat. Toisaalta osakunnat eivät tarjonneet puitteita kandidaateille käydä opintoihin ja ammattiin liittyvää keskustelua. Viimeisinä opiskeluvuosinaan kandidaatit ottivat hyvin vähän osaa osakuntien toimintaan. Osakuntia myös arvosteltiin pienten klikkien pesiksi.¹⁶⁶ Samoihin aikoihin osakunnissa valiteltiin aktiivisuuden puutetta ja *Ylioppilaslehdessä* käytiin keskustelua osakuntien merkityksen hiipumisesta sekä anti-osakuntalaisuuden noususta. Tässä yhteydessä viitattiin osakuntamaksuihin ”pakkoverona”.¹⁶⁷

Lääketieteenkandidaattiseuran perustavassa kokouksessa esitettiin toivomus, että seuran jäsenet pääsisivät eroon osakuntien jäsenyydestä ja sitä myöten pakollisesta jäsenmaksusta. Seuralle laaditussa sääntöluonnoksessa olikin pykälä: *”Seura tahtoo hankkia itselleen osakuntia vastaavat taloudelliset ja hallinnolliset oikeudet.”* LKS:stä haluttiin muodostaa lääketieteen kandidaattien osakunta, joka olisi tasavertaisessa asemassa muiden osakuntien kanssa, jonka jäseneksi valmistunut kandidaatti siirtyisi automaattisesti ja joka pystyisi rahoittamaan toimintansa jäsenmaksujen turvin. Taustalla saattoi olla pelko siitä, että jäsenmaksu sekä osakuntaan että kandiseuraan karsisi jäseniä jälkimmäisestä.¹⁶⁸ Kyse ei kuitenkaan ollut pelkästään rahasta, vaan ennemminkin ”oman osakunnan” perustamisesta. Reenkola on viitannut muistelmissaan siihen, että kandidaatit halusivat *”samanlaisen järjestelyn kuin polyteekin opiskelijoilla oli”*.¹⁶⁹ Teknillisessä korkeakoulussa oli kaksi osakuntaa: ruotsinkielinen Teknologföreningen ja suomenkielinen Tekniikan yli-

¹⁶² Huhtikangas Huugo: Miten ja miksi Lääketieteenkandidaattiseura syntyi. *Medisiinari* 4/1947, 5–7; Myös Heikkinen 2008, 23–24; Mäkimattila 1958, 14–15.

¹⁶³ Reenkola 1976, 126.

¹⁶⁴ Sulamaa 1971, 212.

¹⁶⁵ Mäkimattila 1958, 14; Heikkinen 2008, 25.

¹⁶⁶ Mäkimattila 1958, 14–15; Turpeinen Eero: Piirteitä Lääketieteenkandidaattiseuran toiminnasta. *Medisiinari* 2/1937, 9–12; Lääketieteenkandidaattiseuran toiminnasta v. 1933. *Duodecim* 4/1934, 398–399.

¹⁶⁷ Tarvalla Aatos: Osakuntaelämästä ja sen kehittamisestä. *Ylioppilaslehti* 1/1930, 3–6; Ajatuksia fuksikasvatuksesta. *Ylioppilaslehti* 7/1932, 105; Pääkirjoitus: Hyökkäykset osakuntia vastaan. *Ylioppilaslehti* 22/1933, 365–367 ja Sukselainen V. J., pääkirjoitus: *Ylioppilas* ja julkiset varat. *Ylioppilaslehti* 11/1934, 185–186.

¹⁶⁸ Mäkimattila 1958, 14–15; Huhtikangas Huugo: Miten ja miksi Lääketieteenkandidaattiseura syntyi. *Medisiinari* 4/1947, 5–7.

¹⁶⁹ Reenkola 1976, 126.

oppilaat, joiden asema oli verrannollinen Helsingin yliopiston osakuntien kanssa.¹⁷⁰ Myös Kauppakorkeakoulun ylioppilaskunta pyrki alkuvaiheissaan rinnastumaan osakuntiin.¹⁷¹ Tieteenalakohtaisia osakuntia oli siis jo olemassa – tosin ei yliopistossa. LKS:n ehdotus ilmentää kandidaattien fyysistä ja henkistä etäisyyttä muista opiskelijoista ja yliopistosta kokonaisuudessaan. Näin ollen esitys LKS:n rinnastamisesta osakuntiin näyttäytyy ymmärrettävänä, eikä taustalla vaikuttaisi olleen suoraa pyrkimystä luoda osakunnille vastakkaista tai kilpailevaa järjestöä.¹⁷²

Itse asiassa ajatus lääketieteen kandidaattien vapaaehtoisesta jäsenyydestä osakunnissa oli esitetty jo vuonna 1917 yliopiston statuuttuudistuskomiteassa.¹⁷³ Tämä ei kuitenkaan toteutunut luultavasti siksi, että toisin kuin muissa tiedekunnissa lääketieteessä lisensiaatti oli perustutkinto. Toisaalta kun lääketieteen kandidaatti oli tutkinnon suorittanut akateeminen kansalainen, tutkinto asetti hänet ylioppilaita korkeammalle ylioppilasmaailman hierarkiassa. Kandidaattilla oli takanaan vuosien opiskelu, ja tuona aikana monet osallistuivatkin innokkaasti osakuntatoimintaan. LKS:n jäsenyys rajattiin nimenomaan kandidaatteihin.¹⁷⁴ Kandidaattien halu irtautua osakunnista vaikuttaa perustuneen osittain ajatukseen, että osakuntatoiminta oli ylioppilaita, ei valmistuneita kandidaatteja varten. Tätä tulkintaa tukee lainaus *Ylioppilaslehestä*, jossa kerrottiin LKS:n perustamisesta: *”Teidän osakunnissa iäti nuorena pysyvä polvenne saattaa meissä herättää korkeintaan isällisiä tunteita ja tämä kai se sai meissäkin oman kodin kaipuun niin voimakkaaksi, että katsoimme jo yksistään elämisen kannalta tarpeelliseksi sen [LKS:n, SA] perustamisen.”*¹⁷⁵

LKS:n perustavassa kokouksessa ei vallinnut täyttä yksimielisyyttä osakuntakysymyksessä, josta käytiin vilkasta keskustelua. Silti ylivoimainen enemmistö perustavan kokouksen läsnäolijoista hyväksyi sääntöluonnoksen sanamuodon sellaisenaan: äänin 70–7 säännöt päätettiin lähettää rehtorille hyväksyttäväksi. Rehtori vaati kuitenkin osakuntapykälän poistamista yhdistyksen rekisteröinnin ehtona. LKS:n johtokunta pyysi vielä osakunnilta, että seuran jäsenet saisivat erota niistä. Odotetusti osakunnat kuitenkin tyrmäsivät hankkeen, sillä kandidaattien jälkeen arveltiin myös ”juristien, sampsalaisten ym.” haluavan samanlaisia oikeuksia, mikä vähitellen johtaisi osakuntalaitoksen nukahtamiseen. Tämän jälkeen LKS:n säännöistä poistettiin kiistanalainen pykälä, ja rehtori hyväksyi ne.¹⁷⁶

¹⁷⁰ Hanski 1997, 23, 114.

¹⁷¹ Sohlstén-Nederström 2011, 18–19, 25–30.

¹⁷² Janne Heikkinen on LKS:n historiikissa pitänyt sääntöluonnoksen osakuntapykälää ”radikaalina” ja ”kapinallisuutena vallitsevaa kohtaan” sekä kirjoittanut prosessin lopputuloksesta, että ”osakuntalaitos osoittautuikin vielä niin pyhäksi, ettei sen pintaan sallittu syntyvän ainuttakaan naarmua”. Tällaisen tulkinnan taustalla voi nähdä myöhemmin syntyneen vastakohtaisuuden tiedekuntajärjestöjen ja osakuntien välillä, jota ei kuitenkaan voi johtaa LKS:n perustamiseen liittyneestä tilanteesta. Ks. Heikkinen 2008, 25–26.

¹⁷³ Valitettava muutosehdotus yliopiston statuutteihin. *Ylioppilaslehti* 27–28/1917, 280.

¹⁷⁴ Huhtikangas Huugo: Miten ja miksi Lääketieteenkandidaattiseura syntyi. *Medisiinari* 4/1947, 5–7.

¹⁷⁵ A.: Vähän medisiinareistakin. *Ylioppilaslehti* 12/1933, 216. Kirjoituksessa todetaan myös, että seuran päämääränä on ”puuttuvan täydennyksen anto niille, joille osakuntien fuksien täyttämä ilmkehä alkaa jo olla liian happiköyhää”.

¹⁷⁶ Lääketieteenkandidaattiseuran toiminnasta v. 1933. *Duodecim* 4/1934, 398–399; *Mäkimattila* 1958, 16.

Osakuntien pelkoon ylioppilaselämän perustavanlaatuisesta muutoksesta oli laajempia syitä. Samana vuonna, kun LKS perustettiin, kansanedustaja ja lääkintöhallituksen pääjohtaja Hannes Ryömä (sos.dem.) teki aloitteen osakuntien paikallisen jäsenyyden poistamisesta. Taustalla oli näkemys, että osakunnista oli tullut Akateemisen Karjala-Seuran (AKS) välineitä äärikansallisten ja Mäntsälän kapinan jälkeen poliittiseen äärioikeistoon sitoutuneiden aatteiden ajamiseksi. Juuri vuonna 1933 AKS oli päässyt enemmistöön kaikissa suomenkielisissä osakunnissa ja kampanja yliopiston suomalaistamiseksi alkoi saada yhä radikaalimpia muotoja. Sosiologi Risto Alapuro on luonnehtinut AKS:n siirtyneen tuolloin fasistiseen vaiheeseen. Yliopiston kanta ylioppilaiden politikointiin kiristyi. Rehtori K. R. Brotherus näkikin ylioppilaiden mielenilmausten uhkaavan osakuntalaitoksen olemassaoloa.¹⁷⁷ Eduskuntakeskustelun käynnistymisen vuoksi LKS lähetti vuonna 1935 rehtorin ja professori Erik Lönnrothin muodostamalle suomalaistamiskomitealle kirjelmän, jossa ehdotettiin, että kandidaatit saisivat erota osakunnista ja liittyä omiin seuroihinsa. Käytännöllisten maksuihin ym. liittyvien perusteluiden lisäksi kirjeessä arvioitiin LKS:n pystyvän toimimaan kandidaattien ”aatteellisten ja käytännöllisten pyrkimysten toteuttajana” osakuntia paremmin. LKS kuitenkin vakuutti, ettei se halunnut tukea osakuntalaitoksen hävittämispyrkimyksiä eikä kieltää osakuntien merkitystä opiskelijoiden kasvattajina.¹⁷⁸ Tämäkin viittaa siihen, että kysymys oli enemmän käytännöllinen kuin aatteellinen ja ettei tarkoitus ollut vastustaa osakuntia vaan perustaa oma.

Reenkolan ja muiden alkuvaiheen aktiivien tulkinnoissa on myöhemmin esitetty, että AKS-läisyys olisi vieroittanut medisiinareita osakunnista.¹⁷⁹ Tästä ei kuitenkaan löydy mainintoja alkuvuosien asiakirjoista. AKS:n kannatus ei tosin ollut lääketieteellisessä tiedekunnassa kovinkaan laajaa. Risto Alapuro on tarkastellut väitöskirjassaan Helsingin yliopiston AKS:läisten jakautumista eri tiedekuntiin. AKS:n jäsenten osuus suomenkielisistä miesylioppilaista oli 15 prosenttia matemaattis-luonnontieteellisessä osastossa ja lääketieteellisessä tiedekunnassa vuosina 1921–1940. Luku oli alhaisempi kuin muissa tiedekunnissa – tosin erot olivat osittain pieniä.¹⁸⁰ AKS:ssä oli myös sisäisiä ristiriitoja. Vuonna 1932 aatteelliset vastakohtaisuudet kärjistyivät vähemmistön eroon seurasta. Alapuron laskelmien mukaan AKS:ssä oli tuolloin 118 medisiinarijäsentä, joista 11 erosi seurasta.¹⁸¹ AKS:n matrikkelin mukaan jäsenenä oli kaikkiaan 280 medisiinaria ja puheenjohtajista kaksi oli medisiinareita.¹⁸² Jaakko Ignatius on todennut, että vuosina 1924–1944 AKS:n

¹⁷⁷ Klinge 1990, 90–93, 101; Klinge 1978, 172–176; Alapuro 1973, 140–151; Strömberg 1990, 558–560.

¹⁷⁸ Kirje 23.2.1935 mapissa LKS 1934–1935, LKSA; Myös LKS:n johtokunnan ptk 18.3.1935 (10\$), LKSA; Professori Lönnroth vastasi LKS:lle, että kirje olisi lähetettävä yliopiston statuuttkomitealle, mutta jatkotoimenpiteistä ei ole merkintöjä LKS:n pöytäkirjoissa. LKS:n johtokunnan ptk 5.3.1935 (5\$), LKSA.

¹⁷⁹ Reenkola 1976, 107–108. Reenkola itse erosi AKS:stä henkilökohtaisista syistä.

¹⁸⁰ Alapuro 1973, 84–86. Aktiivisimpia AKS:läisiä olivat teologit (35 % suomenkielisistä miesylioppilaista liittyi) ja maatalous-metsätieteellisen ylioppilaat (22 %), alhaisin luku oli farmasian tiedekunnassa (6 %), muiden tiedekuntien ja voimistelulaitoksen välillä erot olivat pieniä (15–18 %).

¹⁸¹ Alapuro 1973, 128–129, 139, liitetaulukko 26.

¹⁸² Kokonaismäärä laskettu matrikkelista Akateemisen Karjala-Seuran jäsenet 1995. Matrikkelista luultavasti puuttuvat tiedot seurasta eronneista.

johtokunnassa oli jatkuvasti mukana ainakin yksi Duodecimiin kuulunut henkilö, mikä kertonee jotain seuraan kuuluneiden medisiinarien aktiivisuudesta.¹⁸³

Jos tarkastelee LKS:n aktiiveja, vuoden 1933 virkailijoista ja johtokunnan jäsenistä viisi 18:sta oli AKS:n jäseniä. LKS:n puheenjohtajista ja varapuheenjohtajista AKS:n jäseniä olivat vuoden 1934 varapuheenjohtaja ja seuraavan vuoden puheenjohtaja Tauno Seppänen, vuoden 1937 puheenjohtaja Eero Turpeinen ja vuosien 1937, 1939–1940 varapuheenjohtaja Wille Waris. Sihteereistä AKS:n jäseniä olivat vuoden 1933 sihteeri Paavo Piironen, vuosien 1935–1936 sihteeri Aarre Järvinen, vuosien 1936–1937 sihteeri Erkki Mikkonen sekä vuosien 1939–1940 sihteeri Kalevi Siimes.¹⁸⁴ Merkittävää on, että kun kielitaistelu yliopistolla kulminoitui vuonna 1935, LKS:n puheenjohtaja Tauno Seppänen oli myös AKS:n hallituksen jäsen.¹⁸⁵

AKS:n johtamalla kampanjalla Helsingin yliopiston suomalaistamisesta oli kaikupohjaa medisiinarien keskuudessa. Vielä vuonna 1932 lääketieteen ylioppilaiden demonstraatiot ja työt sekä lääketieteen kandidaatit kokonaan olivat ylioppilaiden järjestämän luentolakon ulkopuolella.¹⁸⁶ Muutaman vuoden päästä tilanne oli toinen. Alkuvuodesta 1935 eduskunta kokoontui ylimääräisille valtiopäiville käsittelemään hallituksen esitystä yliopistolaiksi. AKS masinoi vaatimustensa tueksi mielenosoitusten sarjan ja opintolakon yliopistolla, jonka aikana järjestettiin eri puolilla Suomea kansalaiskokouksia tuenilmausten hankkimiseksi.¹⁸⁷ Antti Mäkimattila on todennut Lääketieteenkandidaattiseuran historiikissa, että LKS ei järjestönä osallistunut lakkoon.¹⁸⁸ Suomalaistamiskampanjaa ei käsiteltykään LKS:n johtokunnassa. Kuitenkin monet seikat osoittavat, että seura asettui aatteellisesti aitosuomalaiselle linjalle. *Ylioppilaan kirjassa* vuonna 1936 todettiin seuran taustasta: ”Seuran on perustettu suomalaiskansallisissa merkeissä ja viimeisessä luentolakossa Seuran jäsenet, vanhimpina yliopiston kirjoissa olevina opiskelijoina, kulkivat etunäissä yhtyen ensimmäisinä lakkoon.”¹⁸⁹

Opintolakkoa yliopistolla edelsivät tapahtumat alkuvuodesta 1935 iho- ja sukupuolitautien klinikalla, jonka kurssilla oli 35 suomen- ja 5 ruotsinkielistä kandidaattia. Suomenkieliset esittivät professori Axel Cedercreutzille, että luennot ja kliininen opetus pidettäisiin suomeksi. Tämä ei onnistunut, sillä tiedekunta oli päättänyt näiden opintojen kieleksi ruotsin, eivätkä ruotsinkieliset medisiinarit suostuneet siihen, että Cedercreutz vapaaehtoisesti vaihtaisi opetuskieltä. Tämän takia suomenkieliset kandidaatit jäivät pois luennoilta. Tiedekunnalta anottiin luentosarjan muuttamista suomenkieliseksi.¹⁹⁰ Seuraavana päivänä ylioppilaiden kokous, jonka puheenjohtajana toimi HYY:n hallituksen jäsen, lääket. kand. Sulo K. Elomaa (HO/AKS), päätti luentolakosta. Samana iltana kokoontuivat klinikoilla palvele-

¹⁸³ Ignatius 2012, 237.

¹⁸⁴ Tiedot LKS:n vuoden 1933 virkailijoista ja johtokunnan jäsenistä Mäkimattila 1958, 16–17, 20–21. Tiedot AKS:n jäsenistä Akateemisen Karjala-Seuran jäsenet 1995.

¹⁸⁵ Tiedot lääkärimatrikkelista Suomen lääkärit 1940.

¹⁸⁶ Ilmoitus: Suomalaiset ylioppilaat! Ylioppilaslehti 4/1932, 65.

¹⁸⁷ Klinge 1990, 96–97; Klinge 1978, 182–185; Ylimääräisistä valtiopäivistä ks. Hämäläinen 1968, 221–230.

¹⁸⁸ Mäkimattila 1958, 67.

¹⁸⁹ Ylioppilaan kirja (Ylioppilaskalenteri) 1936, 133.

¹⁹⁰ Suomalaisen yliopiston puolesta! 1935, 9–10.

vat suomenkieliset kandidaatit ja päättivät ryhtyä täydelliseen opintolakkoon pitäen luentolakkoa liian lievänä. Lääketieteellisessä tiedekunnassa opintolakko käsitti luennot, harjoitukset, käytännölliset työt ja tentit. Lakko jatkui helmikuun alkuun asti, jolloin ylimääräiset valtiopäivät lopetettiin.¹⁹¹ Lakkoa organisoinut toimikunta ryhtyi lakon jälkeen Ylioppilaitten Keskustoimikuntana johtamaan suomalaisuus-kampanjaa. Keskustoimikunnan puheenjohtajana toimi HYY:n hallituksen jäsen, lääket. kand. Eino Paaso (WiO/AKS).¹⁹² Medisiinareita oli siis hyvin keskeisissä tehtävissä suomalaistamiskampanjassa. Lakon aikana ylioppilaat kiersivät maakunnissa järjestämässä kansalaiskokouksia ja rekrytoimassa edustajia Helsinkiin vaatimaan yliopiston suomalaistamista. Kandidaateista lähtivät maakuntiin ainakin Huugo Huhtikangas ja Alvar Wilska.¹⁹³

Eduskunnassa harjoitettu jarrutus esti yliopistolain hyväksymisen ylimääräisillä valtiopäivillä. Vuosien 1933–1935 kiihkeä mielenosoitusten kausi kohtasi samalla lakipisteensä ja laajojen ylioppilasjoukkojen kiinnostus asiaan alkoi herpaantua. AKS:n toiminnan painopiste siirtyi maanpuolustustyöhön. Muutenkin tuulet olivat kääntyneet, kun A. K. Cajanderin hallitus antoi vuonna 1937 esityksen yliopistolaiksi, joka vahvistettiin vielä samana vuonna. Laki säilytti yliopiston kaksikielisyyden: ruotsinkielisiä ei eristetty omalle linjalleen eikä ruotsinkielisille professoreille perustettu omaa hallintoelintä. Opiskelijoilla säilyi oikeus käyttää äidinkieltään harjoituksissa, kuulusteluissa ja kokeissa. Samalla säädettiin osakuntien jäsenyys vapaaehtoiseksi. Tämä oli jo vuoden 1934 lakiesitykseen sisältynyt myönnitys sosialidemokraattiselle puolueelle. Laki oli molemmilla äärilaidoilla pettymys.¹⁹⁴ HYY:n ja AKS:n varapuheenjohtaja lääket. kand. Sulo K. Elomaa purki tuntojaan *Medisiinari*-lehden ensimmäisessä numerossa vuonna 1937 ja katsoi taistelun suomalaisesta yliopistosta päättyneen ”epäkansallisten voimien voittoon”. Elomaa korosti lääketieteen opiskelijoiden taistelleen eturintamassa ”kansallisten päämäärien puolesta” ja kehotti opiskelutovereita edelleen säilyttämään rintamansa yksimielisenä.¹⁹⁵

LKS:n alkuvuosien toiminta osoittaa, että seura sitoutui suomalais-kansalliseen aatteellisuuteen. Erityisesti vuoden 1935 johtokunta edusti aitosuomalaista, jopa äärioikeistolaistakin linjaa, joka ilmeni kielikysymyksen ohella kielteisenä suhtautumisena juutalaisiin.¹⁹⁶ Näin ollen voi arvioida, että kandidaatteja ei vieroittanut osakunnista niiden AKS-läisyys. Tätä selventää vertailu vuonna 1935 perustettuun lainopin ylioppilaiden Pykälä-yhdistykseen. Mia Korpiola on Pykälän historia-teoksessa katsonut, että kansalliskiihko ja AKS:n yksipuolinen politiikka vieroittivat pragmaattisia ja maltillisia juristeja osakunnista, mikä oli yksi Pykälän perustamiseen vaikuttanut seikka. Kielikysymys ei noussut lainopillisessa tiedekunnassa suureen rooliin, sillä oikeustieteellä oli pitkät pohjoismaiset perinteet ja Suomessa

¹⁹¹ Suomalaisen yliopiston puolesta! 1935, 12–16, 17–18, 38.

¹⁹² Suomalaisen yliopiston puolesta! 1935, 18, 42, 45, 55.

¹⁹³ Mäkimattila 1958, 67.

¹⁹⁴ Klinge 1990, 96–101; Hämäläinen 1968, 250–259.

¹⁹⁵ Elomaa Sulo K.: Kansallinen yliopisto. Medisiinari 1/1937, 8–9.

¹⁹⁶ LKS:n johtokunnan pöytäkirjat 1935, LKSA. Juutalaiskysymyksestä tarkemmin ks. luku II.4 (Valkoinen...).

seurattiin tarkoin Ruotsin lainsäädännön kehitystä. Keskellä kielitaisteluiden kuuminta vaihetta, vuonna 1933 Suomessa järjestettiin ensimmäistä kertaa Pohjoismaiset ylioppilaskäräjät, joissa myös suomenkieliset juristiopiskelijat olivat mukana.¹⁹⁷ Toisin kuin juristit LKS ei vielä ottanut osaa pohjoismaiseen yhteistyöhön. Kielitaistelun huippuvuonna 1935 seura ei lähettänyt edustajaa Pohjoismaiden medisiinarien kongressiin, koska kokouksen kielikysymystä ei saatu ratkaistua seuran toivomalla tavalla. Kansainvälisten suhteiden osalta LKS suuntautui suomenkielisen ylioppilasmaailman valtavirran tapaan sukukansoihin. Jäseniä kannustettiin osallistumaan Eestiläis-unkarilais-suomalaisen lääkäriyhdistyksen toimintaan, ja LKS isännöi harjoittelijoita Puolasta, Unkarista ja Baltian maista.¹⁹⁸ Myös Duodecim osallistui aktiivisesti heimokongressien järjestämiseen.¹⁹⁹

LKS:ssä kielikysymys näytteli selkeästi merkittävää roolia, ja siinä seura asettui alusta asti tiukalle linjalle.²⁰⁰ Tämä näkyi ajalle tyypilliseen tapaan puritaanisena suhtautumisena jäsenten ”suomalaisuuteen”. Seuraan pyrkivien sukunimeltään ruotsinkielisten oli perusteltava nimen käyttö, ja heitä kannustettiin suomentamaan sukunimensä. Toisinaan vaadittiin sukuselvityksiä.²⁰¹ Myös Duodecimissa hankittiin lisäselvityksiä ruotsinkielisiltä kuulostavien jäsenhakemuksista, mikä vuodesta 1935 tarkoitti lähinnä sen selvittämistä, kuuluiko henkilö Finska Läkaresällskapetiin. Duodecimin jäseneksi pyrkivät kandidaatit tarvitsivat LKS:ltä suosituksen ennen jäsenyyden myöntämistä. Näin LKS:n johtokunnalla oli suuri valta tulkita, mitä tarkoitti Duodecimin vaatima ”jyrkkä suomalaiskansallinen henki”, kuten Jaakko Ignatius on todennut.²⁰² Menettelyn taustalla on saattanut olla LKS:n jyrkkä linja: esimerkiksi vuonna 1935 johtokunta lähetti Duodecimin johtokunnalle kirjeen, jossa kehoitettiin ryhtymään toimenpiteisiin niitä Duodecimin jäseniä kohtaan, jotka olivat ilmoittaneet tietonsa lääkimatrikelissa ruotsiksi.²⁰³

Sosiologi Matti Virtanen on tutkimuksessaan suomalaisten opiskelijoiden aatehistoriasta käyttänyt Karl Mannheimin sukupolviteoriaa, jonka mukaan yhteiskuntatasolla sukupolven muodostaa samanikäisten ikäpolvi. He jakavat nuoruudessaan yhteisen avainkokemuksen, mikä mobilisoi osan sukupolvesta yhteiskunnalliseen toimintaan. Sukupolvi voi jakautua erilaisiin maailmankatsomuksellisiin fraktioihin, jotka kiinnittyvät pidempiin poliittisiin tai aatteellisiin traditioihin ja muokkaavat niistä ajan henkeä tulkitsevan ja tuottavan muunnelmansa.²⁰⁴ Näin voi tulkita käyneen 1930-luvun LKS:ssä. Duodecim oli tehnyt urauurtavaa työtä sekä lääketieteellisen suomen kielen luomiseksi että suomenkielisen tutkijapolven kasvattamiseksi ja edistänyt suomenkielistä yliopisto-opetusta.²⁰⁵ Tähän traditioon

197 Korpiola 2010, 12–26, 68–69.

198 Heikkinen 2008, 33–34; Mäkimattila 1958, 71–72; Ylioppilaskunnassa toimi Akateeminen heimoklubi, jonka aloitteesta järjestettiin heimokonferensseja. Ks. Klinge 1978, 104–107, 121.

199 Ignatius 2012, 294–297.

200 Ks. esim. Avoin kysymys Suomalaiselle Kirjakaupalle. Ylioppilaslehti 18/1933, 329.

201 Heikkinen 2008, 34; Mäkimattila 1958, 68.

202 Ignatius 2012, 298–300.

203 Kirje 20.3.1935, mapissa LKS 1934–1935, LKSA.

204 Virtanen 2002, 20–28.

205 Ignatius 2012, 70–92, 113–121.

asettui kandidaattien 1930-luvun sukupolven toiminta. LKS:n toimintaa tukivat suomenkieliset, duodecimilaiset professorit. Näkyvän kannanoton esitti professori Yrjö Renqvist (myöh. Reenpää), joka Duodecimin vuosijuhlissa 1934 vaati illallispuheessaan suomen kieltä yliopiston ainoaksi opetuskieleksi.²⁰⁶

Risto Alapuro on analysoinut, että suomalaistamiskampanjan juuret olivat statusristiriidassa, joka oli syntynyt ruotsinkielisen sivistyseliitin ja suomenkielisten, talonpoikaistaustaisten ylioppilaiden välille.²⁰⁷ Kuten kaaviosta 2 ilmeni, suomenkielisten opiskelijoiden määrä nousi voimakkaasti lääketieteellisessä tiedekunnassa 1930-luvun alussa, mutta asian syvällisempi analysointi edellyttäisi paneutumista näiden medisiinarien sosiaaliseen taustaan. Kuitenkin kyseessä vaikuttaa olleen myös arvovaltataistelu, sillä lääkärikunnassa ja lääketieteellisessä tiedekunnassa kielelliset vastakohtaisuudet olivat jyrkkiä.²⁰⁸ Vuosikymmenen jälkipuoliskolla suomenkieliset pääsivät tiedekunnassa määrävään asemaan. Vuonna 1935 yliopiston kanslerin tiedusteltua tiedekunnan kantaa yliopiston kieliolojen järjestämiseen, professorien enemmistö päätti lausua, että *”maan ruotsinkielisen väestön keskuudessa ei ole olemassa sellaista todellista tarvetta, joka hallitusmuodon 14§:n 3 momentin²⁰⁹ olisi tydytettävä järjestämällä vakinaista ruotsinkielistä yliopistollista opetusta lääketieteessä”*. Suomalaisuusmies professori S. E. Wichmannin laatimat perustelut olivat pääosin pragmaattiset: täydellisen ruotsinkielisen tiedekunnan perustaminen ei ollut taloudellisesti järkevää, ja ruotsinkielisen opetuksen järjestäminen vain muutamissa oppiaineissa aiheuttaisi käytännöllisiä vaikeuksia ja johtaisi eristäytymiseen.²¹⁰

Uuden yliopistolain myötä jäsenyys osakunnissa muuttui vapaaehtoiseksi. Syksyllä 1937 yliopistoon kirjoittautuneista opiskelijoista 351 jättäytyi osakuntien ulkopuolelle ja heidän joukossaan oli 49 lääketieteellisen tiedekunnan opiskelijaa, mikä oli noin 15 prosenttia niistä opiskelijoista, jotka eivät liittyneet osakuntiin²¹¹. Tiedekunnan opiskelijoita oli syksyllä 1937 yliopiston kirjoissa olevista opiskelijoista 11,5 prosenttia, joten heitä erosi osakunnista suhteellisesti enemmän kuin heidän määränsä oli. Eronneista lääketieteellisen opiskelijoista 13 oli odontologian, 29 lääketieteen ja neljä molempien alojen kandidaatteja, joten lähes kaikki osakunnista eronneet medisiinarit olivat klinikkakursseilta. Vuonna 1929 opintonsa aloittaneista (eli kahdeksannen vuoden opiskelijoista) osakuntien ulkopuolelle jättäytyneistä jopa kolme neljäsosaa oli lääketieteellisestä tiedekunnasta (yhteensä 11).²¹²

Yliopistolaki pakotti LKS:n määrittelemään suhteensa osakuntiin. LKS ei ollut aiemminkaan toivonut osakuntalaitoksen lakkauttamista, mutta seuran sisällä

206 Ignatius 2012, 298.

207 Alapuro 1973, 123, 149–151, 156–158.

208 Kiinnostava tapaus oli esimerkiksi nuoren suomenkielisen tutkijan Elsa Rytin joutuminen tieteellisen kiistan keskiöön 1920-luvun puolivälissä. Heini Hakosalo on arvioinut, että kiistassa kielelliset seikat näyttelivät pääroolia. Ks. Hakosalo 2012, 42.

209 Suomen hallitusmuodon 14§ 3 momentti: ”Suomen- ja ruotsinkielisen väestön sivistyksellisiä ja taloudellisia tarpeita tulee valtion tydyttää samanlaisten perusteiden mukaan.” Suomen asetuskokoelma: n:o 94, 1919.

210 Lääket. tdk ptk 8.5.1935 (1§), HYKA.

211 Kokonaismäärässä on arviolta 15 ulkomaalaista opiskelijaa, jotka eivät muutenkaan olisi kuuluneet osakuntiin, joten heitä ei ole huomioitu prosenttiosuutta laskettaessa, joka on tarkalleen 14,5%.

212 Helsingin yliopiston luettelo syyslukukautena 1937.

oli selvästi aste-eroja mielipiteissä. Loppuvuodesta 1937 LKS:n kokouksessa keskusteltiin jälleen osakuntamaksujen alentamisesta tai poistamisesta kandidaateille. Kaksi johtokunnan jäsentä jätti pöytäkirjaan vastalauseensa koskien puheenjohtaja Eero Turpeisen artikkelia seuran ensimmäisistä toimintavuosista, jossa mainittiin LKS:n olevan osakuntia tärkeämpi ja hyödyllisempi yhteisö jäsenilleen.²¹³ Alkuvuodesta 1938 *Medisiinari*-lehden päätoimittaja Kauko Tuominen valitteli purnauspaltstallaan, että suuri osa vanhemmista medisiinareista oli jättänyt osakunnan. Tuominen huomautti medisiinarien tarvitsevan muutakin kuin oman alan yhteistoimintaa ja päätti pakinansa yksiselitteisesti: ”*Tahdomme kuulua osakuntiin.*”²¹⁴ Jo seuraavassa lehdessä Tuominen saattoi tyytyväisenä todeta kandiseuran päättäneen antaa vahvan tukensa osakuntalaitokselle. Tämän jälkeen jäseniksi pyrkiviltä osakuntiin kuulumattomilta vaadittiin perustelut.²¹⁵

Medisiinariyhteisöjen ammatillis-kasvatuksellinen rooli

Medicinarklubben Thoraxin ja Lääketieteenkandidaattiseuran ensisijaisena tehtävänä nähtiin 1930-luvulla medisiinarien yhteisöllisyyden luominen ja kollegiaalisuuden edistäminen. Seuroilla oli kuitenkin alusta asti myös rooli, joka liittyi jäsenten ammattitaidon kehittämiseen ja kasvattamiseen lääkärikunnan kulttuuriin. Thoraxin ensimmäisiä ammatillisia toimintamuotoja olivat kirjojen ja preparaattien lainaustoiminta ja kunnanlääkärien viransijaisuuksien välittäminen. Kasvatuksellinen näkökulma oli tärkeä: Thoraxin puitteissa voitiin jakaa kokemuksia viransijaisuuksista ja antaa neuvoja nuoremmille jäsenille. Toinen pian aloitettu toimintamuoto oli vanhempien lääkärien kutsuminen esitelmöimään seuran kokouksiin.²¹⁶ LKS:n toimintaan kuuluivat niin ikään illanvietoissa pidetyt esitelmät, paikanvälitystoiminta, kurssikirja-alennuksien hankkiminen ja luentosarjojen toimittaminen, jotka kaikki tähtäsivät medisiinarien tiedolliseen ja käytännölliseen kasvatukseen. Huugo Huhtikangas on myöhemmin korostanut LKS:n perustajien ajatuksena olleen, että yhteisen yhdistyksen avulla luotaisiin lisämahdollisuuksia medisiinarien kouluttamiseksi käytännön lääkäreiksi. Yhteisöllisyyden lisääminen oli yksi keino tavoitteen saavuttamiseksi, sillä tutustuminen antoi mahdollisuuksia oppia muiden kokemuksista.²¹⁷ Seurat mahdollistivat eri-ikäisten medisiinarien kohtaamiset, millä oli merkitystä myös opintojen etenemiselle: kun varsinaista opintoneuvontaa ei ollut tarjolla, tärkeitä olivat toveripiiristä saadut neuvot. Tätä tarkoitusta toteutti LKS:n keräämä knoppologia jäsenten tenttien helpottamiseksi.²¹⁸

Yhteiset juhlat, vapaamuotoiset illanvietot, esitelmätilaisuudet ja kokoukset olivat ylioppilasyhteisöjen toiminnan peruselementtejä, jotka LKS ja Thorax omaksuivat. Molemmille kehittyi nopeasti oma juhlaperinne. Sitoutuminen osakuntatradi-

²¹³ LKS:n kokouksen ptk 30.11.1937 (8\$), LKSA; LKS:n johtokunnan ptk 7.12.1937 (2\$), LKSA.

²¹⁴ Kake purnaa. *Medisiinari* 1/1938, 11–12.

²¹⁵ Kake purnaa. *Medisiinari* 2/1938, 32–33; LKS:n johtokunnan ptk 25.1.1939 (4\$), 22.9.1940 (2\$), LKSA.

²¹⁶ *Medicinarklubben Thorax* 1956, 11–13, 30–39.

²¹⁷ Huhtikangas Huugo: Miten ja miksi Lääketieteenkandidaattiseura syntyi. *Medisiinari* 4/1947, 5–7.

²¹⁸ Turpeinen Eero: Piirteitä Lääketieteenkandidaattiseuran toiminnasta. *Medisiinari* 2/1937, 9–12; Myös Pykälällä oli vastaavia knoppikokoelmia, ks. Korpiola 2010, 38–40.

tion ja pyrkimys asettua muiden ylioppilaskorporaatioiden joukkoon näkyi myös siinä, että Lääketieteenkandidaattiseuran tarkoituksen toteuttamiseksi nähtiin heti välttämättömäksi hankkia oma huoneisto, joka mahdollistaisi yhteisen seurustelun. Tämä tavoite kirjattiin seuran sääntöihin: *”Ylläpitämällä omaa klubihuoneistoa pyrkii Seura tutustuttamaan eri kladien kandidaatteja toisiinsa samalla tarjoten heille tilaisuuden omien seinien sisällä vapaa-ajan hyödylliseen ja virkistävään käyttöön.”*²¹⁹ Osakuntien omien klubihuoneistojen merkitys oli muodostunut keskeiseksi vuonna 1910 rakennetun Osakuntatalon (myöh. Uusi Ylioppilastalo) myötä. Tämän jälkeen osakuntien toiminnassa korostui kodinomainen oleskelu, ylioppilasyhteisöllisyys ja vapaa-ajan viettäminen omassa huoneistossa.²²⁰ Osakuntien esimerkin mukaisesti LKS hankki heti huoneiston, jossa kokoonnuttiin kokouksiin ja illanviettoihin. Huoneiston suurta symbolista merkitystä seuralle kuvaa, että siitä pidettiin kiinni taloudellisista vaikeuksista huolimatta. Kuitenkin vuodesta 1937 seura joutui varojen puutteessa tyytymään pelkkään toimistoon.²²¹ Tämän jälkeen seuran alkuvaiheen innostus uhkasi kuihtua, eikä kliinisten kurssien välille syntynyt luontevaa yhteyttä. Uudeksi yhteisfoorumiksi perustettiin vuonna 1937 *Medisiinari*-lehti.²²²

Vaikka LKS:n ja Medicinarklubben Thoraxin toiminta-alueet olivat samanlaiset, järjestöjen väliset suhteet olivat 1930-luvulla ongelmalliset. C.M. -yhdistyksen taloudellisesta perinnöstä syntyi erimielisyyttä. Erityisen paljon LKS:ssa kuumensi tunteita se, että Thorax ulotti muutamana vuonna viransijaisuustoimintansa suomenkielisiin kunnanlääkäreihin.²²³ Kuitenkin 1930-luvun lopulla yhteiset pyrkimykset medisiinarien etujen ajamiseksi saivat sijaa, kun seurat yhdistivät voimansa amanuenssien palkkauksen parantamiseksi.²²⁴ Edunvalvonnallinen näkökulma voimistui seuroissa muutenkin. Kandidaattien kurssit olivat perinteisesti kirjelmöineet tiedekunnalle opintojen epäkohdista ja ehdottaneet muutoksia. 1930-luvun loppupuolella seurat alkoivat ottaa yhä enemmän roolia medisiinarien virallisina edustajina. Edunvalvonnallisesta linjasta kertovat myös LKS:n johtokunnan kannanotot lehdistössä ylioppilastulvaan ja lääkärien ”ylituotantoon”.²²⁵ Toimenpiteet tuovat esille, että opiskelijoiden etujen ajamiselle alkoi ilmetä uudenlaista tarvetta. Kun ylioppilaskunta ja osakunnat keskittyivät poliittiseen toimintaan, opintoihin liittyvät asiat avautuivat ammatilliselta pohjalta perustetuille seuroille.²²⁶

Uudet ylioppilasjärjestöt ovat yleensä pyrkineet korostamaan luonnettaan akateemisina korporaatioina ja omaksuneet pian perustamisensa jälkeen sellaisia tunnuksia, kuten lipun, merkin ja nauhan, joiden symboliikka ilmentää omaa

219 Lainausta, ks. Heikkinen 2008, 110.

220 Klinge 1970, 224.

221 Heikkinen 2008, 110–111; Mäkimattila 1958, 24–25.

222 Lukijalle. *Medisiinari* 1/1938, 15; Ensimmäiset toimittajat. *Medisiinari* 8/1957, 8–9.

223 Heikkinen 2008, 33–35; Mäkimattila 1958, 68.

224 Heikkinen 2008, 194; Mäkimattila 1958, 35–46.

225 ”L.”: Kannattaako lukea lääkäriksi? *Ylioppilaslehti* 19/1935, 334; Lääketieteenkandidaattiseura: Lääketieteen opiskelua suunnitteleville ylioppilaille. *Uusi Suomi* 3.6.1934. Lehtileike mapissa LKS 1934–1935, LKSA.

226 Ks. esim. Klinge 1978, 165. *Lääket. yo. Mauri Ryömä* (sos.dem.) ehdotti vuonna 1934 HYY:n edustajistossa mm. terveydenhoito- ja opinto-ohjaustyön ottamista kunnan ohjelmaan, mutta esitys ei saanut kannatusta. *Ryömä* ei ollut LKS:n jäsen. Ks. Heikkinen 2008, 50–52.

identiteettiä. Jemina Sohlstén-Nederström on Kauppa- ja korkeakoulun ylioppilaskunnan historiategoksessa tuonut esille, miten vuonna 1912 perustettu oppilasyhdistys ammensi Helsingin yliopiston osakuntien traditioista luodessaan sääntöjään, toimintaansa ja tunnuksiaan.²²⁷ Kauppatieteilijöihin verrattuna Lääketieteidenkandidaattiseura omaksui hitaasti akateemiset tunnuukset, mikä korostaa seuran luonnetta ensisijaisesti yhteisöllisenä piirinä ja ammatillisena järjestönä, ei niinkään akateemis-kasvatuksellisenä. Koska kaikki medisiinarit kuuluivat osakuntiin, erityisiä tunnuksia ei tässä vaiheessa tarvittu. Sen sijaan Thoraxissa yhteisöllisyyttä ja yhteistä identiteettiä ryhdyttiin alusta alkaen luomaan lääketieteellisen terminologian ja symboliikan pohjalta, vaikka varsinaisia akateemisia tunnuksia ei Thoraxissa otettu käyttöön. Seuran nimen merkitys ja sen ympärille luotu tarina sekä jäsenmerkki syksyltä 1931 korostivat omaa akateemista erityisyyttä. Kokouksissa otettiin käyttöön jäsenten puhuttelussa titteli ”medisiinari” korvaamaan osakuntalainen termi *civis*. Osakunnilta omaksuttiin vuosijuhlatraditioiden juhlalliset muodot, mutta omiin juhliin syntyi omia rituaaleja, kuten nuorten jäsenten ”neitsytpuhe” tervetuliaisillallisilla sekä sitseillä usein laulettu, Thoraxin omaa laulupeirinnettä edustanut ”Abortens klagan”.²²⁸ Myös LKS:n illanviettoihin omaksuttiin perinteinen tapa laulaa ylioppilaslauluja, kuten tulee esille lääket. kand. Insar Uotin kuvauksesta huhtikuussa 1934 järjestetystä juhlasta: tilaisuuteen lainattuja *Ylioppilaiden laulukirjoja* oli käytetty runsaasti.²²⁹

* * * * *

1930-luvun alkupuolella kaksi kehityskulkua johti medisiinarien omien tiedekuntayhdistysten perustamiseen. Ensinnäkin täydet kurssit ja sisäänpääsyrajoitusten käyttöönotto tiivistivät yhteisöä. Toisaalta samaan aikaan ylioppilasmaailman kieliriita jakoi medisiinarikuntaa. Vuonna 1931 perustettiin ruotsinkielinen Medicinarklubben Thorax, josta tuli pian kaikkien ruotsinkielisten medisiinarien seura. Suomenkielinen Lääketieteidenkandidaattiseura perustettiin vuonna 1933. Järjestöjen perustamisen taustalla oli niin kollegiaalisia, kielipoliittisia kuin ylioppilaselämän ja sen yhteisöjen sisäiseen kehitykseen liittyneitä syitä. Keskeistä on, että pysyville, virallisille järjestöille oli nyt sosiaalinen tilaus ja konkreettista tarvetta. Seurat korostivat tiedekunnan opiskelijoiden erityisyyttä Helsingin yliopistossa sekä modernisti ammatillista edunvalvontaa. Medisiinarit liittyivät innokkaasti seurojensa jäseniksi. Niiden yhteisöllisessä toiminnassa oli alusta alkaen kasvatuksellinen elementti: seurat välittivät lääketieteen opintoihin ja lääkärin rooliin liittyntä hiljaista tietoa ja aatteellisuutta. Yliopiston kielitaistelussa suomenkielisestä LKS:stä tulikin suomalaisuusaatteen vahva kannattaja.

²²⁷ Sohlstén-Nederström 2011, 19–20, 25–30; Tekniikan ylioppilaiden tunnuksista, ks. Hanski 1997, 65–70.

²²⁸ Medicinarklubben Thorax 1956, II, 30–34.

²²⁹ Selostus Lääk. kand. seuran illanvietosta 27.4.34. Mapissa LKS 1934–1935, LKSA.

3. Tiedekunnan maailma, opetus ja ammatti

Esikuvat ja opetuksen tilat hiljaisen tiedon välittäjinä

*”Miel’ on mulla miekkosella, tuuma tällä tohtorilla,
virsimieltä miellytellä, runosuonta sulcutella,
kertoella Kirurgilta, Propedeutilta puhella.
Jutustanpa järjestyksin, aloittelen alkupäästä.*

*Annan arvon arvokkaalle, Professori Faltinille.
Hänpä meitä ohjoavi, opettavi johtelevi
tanhuille leikkuutaidon, Kirurgian kartanoihin.
Minkä autot auki raastoi, hyrjysyt sirpaleiksi,
senpä paikkas’ Professori ehommaksi entistänsä.
Minkä taittoi tapaturma, tärskähytti tappelukset,
senp’ on yhtehen yhytti, kiinni liitti laatusasti.”²³⁰*

Lokakuussa 1926 oli propedeuttis-kirurgisella ja ihotautien klinikalla palvellut kurssi kokoontunut lopettajaiskaronkkaansa kauniisti katettujen pöytien ääreen Savolaisen osakunnan tiloihin Osakuntatalolle. Paikalla oli nelisenkymmentä henkeä: kandidaattien lisäksi professorit Richard Faltin ja Axel Cedercreutz, apulaislääkäri Matti Wallenius, assistentit Väinö Avellan ja Matti Hämäläinen, amanuenssit Yrjö Karpio ja Aarne Sääntti sekä klinikoiden sairaanhoitajia. Ohjelma oli akateemisten perinteiden lääketieteellinen variaatio, jossa läsnä oli kirurgian klinikalta tuttuja elementtejä. Tarjoilijoilla oli valkoiset takit ja maskit suun edessä, ja kirurgisilla pinseteillä sai kukin juhlija onkia ruokailuvälineet kuumasta vedestä suuresta kupariastiasta. Näin kaikki tulivat heti ”hauskalle tuulelle”. Puheiden ja musiikin lisäksi juhlan ohjelmassa oli kalevalamittainen kronikka kurssin opettajista ja muista tärkeistä henkilöistä. Vuorokauden vaihtuessa koko kurssi kokoontui onnittelemaan 59 vuotta täyttänyttä professori Faltinia.²³¹

Näin kertoi kurssinsa karonkasta lääket. kand. Aino Särkkä kirjeessään perheelleen. Yllä siteeratussa Kalevala-mittaisessa kronikassa kuvattiin hauskaasti ja lempeästi molempien klinikoiden professoreita sekä kirurgian klinikan muuta henkilökuntaa, joka oli osallistunut kandidaattien opastamiseen. Kurssiyhteisöllisyys, yhteinen kokemus professorien opista, sairaanhoitajien ja amanuenssien antaman käytännön opastuksen merkitys sekä kuvattujen henkilöiden luonteenpiirteet tulivat hyvin esille. Kliiniset kurssit olivatkin kandidaattien lähimpiä yhteisöjä, joilla oli keskeinen merkitys kandidaattien sosiaalistamisessa medisiinan maailmaan sekä tulevaan ammattikuntaan. Samaan aikaan klinikoilla lisensiaattiopintonsa aloittaneet kandidaatit hitsautuivat ”melko homogeeniseksi, hyvän toverihengen eläh-

²³⁰ Särkkä Aino: Rakas kotiväki. SLL 5/1987, 396–398.

²³¹ Särkkä Aino: Rakas kotiväki. SLL 5/1987, 396–398.

dyttämäksi joukoksi”, kuten lääket. lis. Harry Lauritsalo on muistellut opintojaan 1920-luvulla.²³²

Sosiaalistamisen keinoja olivat lääketieteeseen sidotut akateemiset traditiot, jotka loivat yhteisiä kokemuksia ja niistä tuotettuja kertomuksia.²³³ Tällaisia kertomuksia olivat esimerkiksi kronikat sekä kaskut ja vitsit, joissa kuvattiin klinikoiden ja laitosten elämää ja professoreita. Lääketieteenkandidaattiseurauksen huoneistossa oli 1930-luvulla kirja, johon kerättiin kaskuja klinikkakursseilta. Myöhemmin aineistoa julkaistiin *Medisiinari*-lehden palstoilla. Vitsit ja kaskut loivat kollektiivisesti jaettavaa kuvaa professoreista sekä heidän suhtautumisestaan potilaisiin ja kandidaateihin. Monissa kaskuissa esitettiin tilanne, jossa professori tutki luentopotilasta tai kuulusteli kandidaatteja: suhtautuminen potilaisiin oli usein autoritääristä ja suhtautuminen kandidaateihin tiukkaa. Professorit esitettiin persoonallisuuksina, ja pidetyistä opettajista kerrotut kaskut välittivät syvää kunnioitusta. Kaskuista ilmenee usein vahva kollegiaalisuuden tunne. Niillä luotiin myös medisiinarien omaa identiteettiä: kandidaatti esiintyi usein joko jotenkin pinnanneena tai tunaroineena tai sitten hän selviytyi neuvokkaasti ja nokkelasti professorin tiukasta tentistä. Potilaita koskevat vitsit eivät useimmiten olleet potilasta arvostavan käytöksen malliesimerkkejä, vaan vitseinä olivat jääneet elämään professorien epäkohteliaat ilmaukset sekä seksuaalisuuteen liittyneet tapaukset.²³⁴ Täysin vailla todellisuuspohjaa kaskut tuskin olivat, mutta oleellista on, että niillä luotiin kuvaa professoreista ja heidän ominaispiirteistään sekä yleisesti suhtautumisesta potilaisiin. Samalla ne peilasivat ja vahvistivat medisiinarien omakuvaa ja toivat näkyväksi hiljaista tietoa: mitä eri tilanteissa sopi tehdä ja mitä ei.

Kaskut ja muistelmat tuovat esille opettajien ja kandidaattien välisiä läheisiä ja henkilökohtaisia suhteita. Opetus käytännön harjoituksissa teoreettisilla laitoksilla ja klinikkapalveluksissa perustui tiiviiseen vuorovaikutukseen. Professorien ja muiden lääkärin käytännön työn seuraaminen oli keskeistä. Sekä henkilökohtainen opetus että julkiset luennot olivat osa yliopisto-opetuksen traditiota, jonka juuret olivat Turun Akatemian ajoissa²³⁵ Laboratorio- ja muut tutkimusharjoitukset olivat tulleet osaksi henkilökohtaisen opetuksen perinnettä 1800-luvun jälkipuoliskolla.²³⁶ Näin 1900-luvun lääkärikoulutuksessa yhdistyivät käytännön harjoitukset ja kaateeriluennot sekä teoreettisilla laitoksilla että klinikoilla. Keskeistä oli opettajan mahdollisuus seurata oppilaittensa kehittymistä – pieni ylioppilasmäärä takasi tämän. Mutta tärkeä oli myös opettajien esikuva sekä heidän luomansa vaikutus- ja ilmapiiri, johon sisältyntä hiljaista, sanoin kuvaamatonta tietoa on tavoitellut muistelmissaan myöhempi professori Ragnar Granit:

232 Lauritsalo Harry: Lääkäri tämän päivän valokeilassa. SLL 21/1960, 1144–1152.

233 Yhteisten kokemusten ja niistä kertomisen merkityksestä metsänhoitajien koulutuksessa, ks. Paaskoski 2008, 81–112.

234 Vitsejä, ks. esim. Mäkimattila 1958, 117–130; Reenkola 1976, 118–124; Toivonen 1987.

235 Klinge 1987, 355–357, 364–367, 529–530.

236 Klinge 1989, 398, 419, 440–441; Bonner 1995, 239–241; Knapas 1989(b), 724–745.

”Kyse oli enimmäkseen ihmisistä, joilta oppi jotakin ilman, että aina pystyi kertomaan mitä se oli. Sitä oppii eniten henkilöiltä, joita kunnioittaa tai joita ihailee. Heiltä ei vaadita vain tietoja vaan myös vangitsevaa suhtautumista tehtävään, kypsyyttä, viisautta tai miksi sitä kutsuisi.”²³⁷

Teoreettiset laitokset ja klinikat muodostivat lääketieteellisen tiedekunnan kaksi maailmaa. Niissä oli persoonallisilla professoreilla, assistenteilla, apulaislääkäreillä, amanuensseilla ja muulla henkilökunnalla, medisiinarien omilla tavoilla sekä itse tiloilla ja niihin liittyvällä symboliikalla konkreettinen kasvattava merkitys. Lääketieteen ylioppilas tutustui tiedekunnassa ensimmäisenä prekliinisiin, anatomian, lääketieteellisen kemian ja fysiologian laitoksiin, joissa hän oppi ihmisruumiin rakennetta. Lääkärien muistelmissa on usein nostettu esille anatomian opintojen ja niihin liittyneiden rituaalien merkitys lääkäriksi kasvamiselle ja medisiinarien yhteisöllisyyden muodostumiselle.²³⁸ Makroanatomian opintoihin kuuluivat ylioppilaiden suorittamat dissektiot, ruumiiden leikkelyt, joista tuli 1800-luvulla tärkeä osa opiskelua, opintojen perinteinen *moment décisif*, kuten historioitsija Rainer Knapas on kirjoittanut.²³⁹ Ylioppilaat valmistautuivat kuolleiden ihmisruumiiden kohtaamiseen ja käsittelyyn omin rituaalein. 1880-luvun lopussa lääketieteen opintonsa aloittanut myöhempi kirurgian professori Richard Faltin on kuvannut muistelmateoksessaan opiskelun anatomian laitoksella sisältäneen ylioppilaiden kasvatamiseksi myös ”raakoja tapoja” ja runsaasti alkoholin nauttimista:

”Monia raakoja tapoja oli tosin lakkautettu anatomiasalissa, tulokkaiden ei tarvinnut esimerkiksi tanssia kierrosta salin ympäri juuri saapuneen ruumiin kanssa – jos pudotti ruumiin, joutui maksamaan sakkoa niin ja niin monta kannullista punssia – mutta vielä oli jäljellä monia tapoja, jotka vaikuttivat minusta vastenmielisiltä. Järjestysmies, joka huolehti kurssista, antoi punssirangaistuksia kaikista mahdollisista ja mahdottomista rikkomuksista, ja juomaa nautittiin kaikkina vuorokauden aikoina keskellä haisevia ruumiita.”²⁴⁰

Myös lääketieteen historiaa tutkinut lääket. lis. Gunnar Soininen on viitannut ylioppilaiden punssimaljaan anatomian laitoksella, jonka täyttämisestä huolehti nuorin kurssi.²⁴¹ Punssijuhlinta paisui lopulta sellaisiin mittasuhteisiin, että kon-

237 Granit 1983, 53. Alkuperäinen ruotsinkielinen teksti: ”Mest handlar det om människor som man lärt sig någonting utan att alltid kunna säga vad. Man lär sig mest av personer som man respekterar eller till och med beundrar. Av dem krävs inte blott kunskaper utan också en fängslande hållning till uppgiften, mögnad, vishet eller vad man skall kalla det.”, käännös SA; Opettajien merkityksestä ja heidän luomastaan tunnelmasta myös mts. 64.

238 Esim. Aché 1993, 25, 31–33; Kallio 1973, 35–36; Wegelius 1998, 54–55; Niemi 2004, 112–115.

239 Knapas 1990, 592; Myös Aaltonen 1964, 125.

240 Faltin 1961, 56. Alkuperäinen ruotsinkielinen teksti: ”En mängd raa seder hade visserligen blivit avskaffade i anatomisalen, nykomlingarna behövde till exempel inte dansa ett varv runt salen med ett nyss anlänt lik – fällde man liket måste man böta så och så många kannor punsch – men ännu återstod många bruk som föreföll mig motbjudande. Ordningssmannen som skötte kladden mätte ut straff i punsch för alla möjliga och omöjliga förseelser, och drycken förtärdes vid alla tider på dygnet mitt bland de stinkande liken.”, käännös SA.

241 Suomen medisiinariit kautta aikojen. Medisiinari 8/1957, 29–31.

sistori antoi vuonna 1895 ohjesäännön, joka kielsi alkoholijuomien tuomisen anatomiasaliin, samoin metelöimisen, kortin ja nopan peluun sekä ”kaikki muutkin pelit ja leikit”.²⁴² Professori ja arkkiaatri Arvo Ylppö on muistelmissaan kuvannut anatomiasalin pahaa hajua, jota uhmatukseen opiskelijat polttivat tupakkaa. Vuosisadan alussa opiskellut Ylppö päätyi ruumispulan vuoksi lähtemään Göttingenin yliopistoon suorittamaan anatomian opintonsa, mikä oli yleistä tuohon aikaan niiden keskuudessa, joilla oli siihen taloudelliset mahdollisuudet.²⁴³

1930-luvulla anatomian opintoihin suhtauduttiin muistelmien perusteella asiallisesti. Myös anatomian laitoksen tilat pyrkivät muistuttamaan vakavasta valmistautumisesta tulevaan elämäntehtävään. Laitokselle valmistui vuonna 1928 uusi klasmisia edustanut rakennus Siltavuorenpenkereelle fysiologian ja fysiikan laitosten väliin. Rainer Knapaksen mukaan tämä *Anatomicum* ilmensi lääketieteen keskeisen teoreettisen alan modernia opetusta – rakennuksen suuruus korosti anatomian asemaa lääketieteessä – ja samalla yliopistollista rakennustaidetta viimeistellyllä sisustuksella ja koristemaalauksilla. Ruumiiden leikkely tapahtui anatomiasalissa, jonka ovella oli teksti: *”Hic locus est ubi mors gaudet succurrere vitae”* – *”Tämä on se paikka, jossa kuolema iloitsee palvellessaan elämää.”*²⁴⁴ Lause viittasi eettiseen problematiikkaan, jota ruumiiden leikkely saattoi herättää: dissektioiden oikeutus oli, että niiden avulla saatiin tietoa ihmisen elämästä, terveydestä ja sairauksista. Samaan tapaan yliopistoklinikoiden obduktiosalin, jossa tehtiin oikeuslääketieteelliset ruumiinavaukset, ovella luki *”E mortuis verum”* – *”Kuolleista totuus”*. Anatomiasa, patologisessa anatomiasa ja oikeuslääketieteessä ruumiit oli asetettu palvelemaan tiedettä, tutkimusta ja totuutta, mistä kirjoitukset opiskelijoita muistuttivat.²⁴⁵

Vaikka anatomian opintoihin liittyi tiettyä juhlallisuutta, 1930-luvulla opiskellut Pekka Brummer on myöhemmin muistellut, että opinnoista selviäminen ja kuoleman kohtaaminen ei todellisuudessa ollut vaikeaa: *”Oli jännittävää mennä ensi kerran leikkelysaliin. Monissa säilytysnesteissä parkkiintuneet ja osittain leikellyt ruumiit olivat kuitenkin niin kaukana luonnollisesta, ettei niihin tottuminen tuottanut vaikeuksia.”*²⁴⁶ Tutkimuksissa on korostettu, että medisiinarin oli anatomiasa ja sittemmin kliinisissä opinnoissa otettava etäisyyttä tunteisiinsa ja omaksuttava opiskelijan rooli.²⁴⁷

Anatomian opiskelun perusrakenne ja tutkintovaatimukset säilyivät samalaisina vuosisadan alkupuolelta 1970-luvulle asti, vaikka niiden keskeistä osuutta tutkinnossa usein arvosteltiin.²⁴⁸ Anatomia veikin eniten aikaa prekliinisessä vai-

²⁴² Niemi 1990, 48–50.

²⁴³ Numminen 1987, 76; Heini Hakosalo on todennut, että anatomiaa opiskelivat ulkomailla erityisesti miehet ja esim. vuonna 1904 lähtijöitä oli jopa 20, ks. Hakosalo 2008, 15.

²⁴⁴ Knapas 1990, 591–592; Kajava Yrjö: Helsingin yliopiston anatomisen laitoksen uusi talo. *Duodecim* 10/1928, 753–780; Niemi 1990, 65–67; Myös edellisen anatomian laitoksen tiloja oli koristanut sama tunnuslause. Ks. von Bonsdorff 1978, 42; Anatomian opintojen vakavuudesta ja juhlallisuudesta ks. Janson ja Kivijärvi 1926, 164–165.

²⁴⁵ Oker-Blom 2000 (1911), 33–34.

²⁴⁶ Brummer Pekka: Muistelmia: Lääketieteen opintoni 30-luvulla. *SLL* 22–23/1986, 2084–2087; Niemi 2004, 112.

²⁴⁷ Esim. Janson ja Kivijärvi 1926, 167; Aaltonen 1964, 126.

²⁴⁸ Niemi 1990, 69, 100–101; Myös Pesonen 1973, 223.

heessa. Makroskooppinen anatomia jakautui kolmeen kurssiin, joissa perehdyttiin erikseen luu-, lihas- ja niveloppiin, hermoihin ja sisäelimiin sekä päähän. Ennen töiden aloittamista oli demonstraatioita. Opiskelijan oli kirjoitettava jokaisesta preparoimastaan alueesta selostus. Kun yksi elinsysteemi oli kokonaan preparoitu, siitä suoritettiin kuulustelu. Kaikki välikuulustelut suoritettuaan ylioppilas saattoi aloittaa seuraavat työt. Anatomian laitoksella ylioppilaita ohjasivat amanuenssit. Muut kandidaattitutkinnon oppiaineet olivat fysiologia ja lääketieteellinen kemia, joihin kuului luentokurssi ja käytännön töitä, sekä farmakologia. Kaikissa näissä oli suoritettava loppukuulustelu.²⁴⁹

Kliinisen vaiheensa kandidaatit aloittivat propedeuttis-lääketieteellisellä klinikalla, jossa he saivat sisätautien alustavaa opetusta. Vuonna 1927 propedeuttisen klinikan esimies, professori Gösta Becker muisteli virkaanastujaisesityksessään, miten professori Ossian Schaumanilla (professorina 1908–1922) oli tapana aloittaa propedeuttinen kurssi luennolla lääkärintoiminnan edellytyksistä ja vaatimuksista. Becker arveli Schaumanin tarkoituksena olleen antaa pohja, jolle tulevat opinnot rakentuisivat. Myös Becker katsoi, että propedeuttinen kurssi tarjosi erinomaisen tilaisuuden tarkastella kaikelle lääkärintoiminnalle yhteisiä kysymyksiä – opetettiinhan kurssilla sisätautien tutkimusmenetelmien perusteet, diagnoosien teko ja prognoosien asettaminen. Tämän lisäksi kliinillisen propedeutiikan opettajan tehtävänä oli antaa kandidaateille *”se suunta, joka heistä tekee lääkäreitä”*. Tällä Becker viittasi lääkärin toimintatapoihin, joilla ei ollut suoraan tekemistä taudin kanssa, kuten suhtautuminen potilaan omaisiin ja häntä aiemmin hoitaneisiin lääkäreihin, potilaan taloudellisen ja yhteiskunnallisen aseman vaikutukset, potilaan psykologinen tutkiminen ja hoito sekä lääkärin velvollisuudet potilasta ja yhteiskuntaa kohtaan.²⁵⁰ Näin Becker katsoi toimeensa professorina kuuluvan ammattikunnan kulttuurin välittämisen. Tässä Becker ilmeisesti myös onnistui, sillä myöhemmin häntä muistettiin esikuvallisena ”suurena lääkärinä”.²⁵¹

Professori Max Oker-Blom kirjoitti vuonna 1911, ettei lääkärin toiminnan ”vakavia ulottuvuuksia” juurikaan opetettu, *”ellemme ota lukuun niitä eettillisiä neuvoja ja toimen harjoittamiseen kasvattavia viitteitä, joita asianomaiset käytännöllisen lääketieteen eri haarojen opettajat ehkä osaavat liittää tietopuoliseen lääketaidon opetukseensa”*.²⁵² Olikin pitkälti professorista kiinni, kuinka paljon opetuksessa käsiteltiin lääkärinä olemista. 1920-luvulla opiskellut Ragnar Granit on korostanut muistelmissaan sisätautien opetuksen merkitystä lääkäriksi kasvamiselle. Ruotsinkielisen sisätautien propedeutiikan kurssin piti dosentti Fredrik Saltzman, joka yhdisti opetuksessaan terävän analyysin sairaudesta vastuuntuntoiseen potilaan kunnioittamiseen.²⁵³ Muistelmateoksista ilmenee, että erilaisia tapoja suhtautua potilaisiin opittiin

²⁴⁹ Ylioppilaskalenteri 1931, 55, 61–63.

²⁵⁰ Becker Gösta: Lääketieteestä ja lääkärintoiminnasta. Virkaanastujaisesityelmä 14. XII. 1927. Duodecim 1/1928, 14–22; Professori Ossian Schaumania on muistellut myös lääkintöneuvos Aleksis Tähkä, ks. Tähkä 1962, 40–41; Becker korosti luennollaan lääkärin suhdetta potilaaseen ja ammatin eettisiä velvoitteita kristillisen maailmankatsomuksensa pohjalta, ks. Palmén 1980, 158.

²⁵¹ Ks. luku III.3.

²⁵² Oker-Blom 2000 (1911), 2.

²⁵³ Granit 1983, 62–63.

professoreilta ja muilta opettajilta kliinisillä kierroilla ja luennoilla pidetyistä demonstraatioista – sekä hyviä että huonoja esimerkkejä nähtiin. 1920- ja 1930-luvun professoreista monet olivat mieleenpainuvia persoonallisuuksia, kuten lääket. ja kir. tri Mies Reenkola tuo esille muistelmissaan. Reenkola kertoo erityisesti silmätautien professori Väinö Grönholmista, jonka tapana oli usein vitsailla opetuksen yhteydessä potilaiden tai kandidaattien kustannuksella.²⁵⁴

Granit on muistelmissaan kertonut, miten suuren vaikutuksen sairaalamaailma teki suurimpaan osaan nuoria kandidaatteja: se oli kiehtova yhdistelmä lääkäreitä, sairaanhoitajia, potilaita ja hoitorutiineja – ihmissuhteiden ja vastakkainasettelujen verkosto.²⁵⁵ Kliiniset opinnot kestivät vähintään neljä vuotta, ja eripituisia palveluksia oli suoritettava yhdeksässä klinikassa sekä kaupungin epidemiasairaalassa. Klinikkapalveluksiin kuului luentoja, professorien ja apulaisopettajien johtamia kiertoja, leikkauksien seuraamista sekä osastotyötä, kuten diagnoosien tekemistä ja sairaskertomusten kirjoittamista. Opintojen sisältö oli kiinteässä yhteydessä siihen, millaisia sairauksia klinikalla oli edustettuna. Sisätautien ja kirurgian palvelukset jakautuivat useampaan jaksoon, ja niihin kuului myös poliklinikkapalvelua. Lisäksi oli ruumiinavausharjoituksia ja kursseja muun muassa patologisessa anatomiasa, kliinisessä kemiassa, bakteriologiassa ja serologiassa, hygieniassa, oikeuslääketieteessä ja reseptiopissa.²⁵⁶

Jokainen klinikka oli oma, tiivis maailmansa. Kandidaatit tulivat tutuiksi koko henkilökunnan kanssa. Sairaanhoitajat antoivat kandidaateille käytännön opetusta esimerkiksi verinäytteiden otossa sisätautien klinikalla sekä käytännöllisessä lastenhoidossa ja ruokintaseosten valmistuksessa lastenklินิกalla.²⁵⁷ Synnytys- ja naistentautien palvelun aikana kandidaatit asuivat klinikalla pienissä ryhmissä, jolloin kukin vuorollaan pääsi hoitamaan synnytystä kättilöiden ja lääkärin kanssa vuorokaudenajasta riippumatta. Synnytysten hoitaminen pihtisynnytyksineen ja hätätapauksineen oli tärkeää oppia, sillä lähes jokainen lääkäri joutui vielä 1920- ja 1930-luvuilla työskentelemään jossain vaiheessa maaseudulla ja hoitamaan alueensa synnytykset. Laitoksen kandidaattihuoneessa vietettiin joskus riehakastakin ylioppilaselämää ja juhlittiin onnellisia syntymätapauksia, kuten myöhempi kirurgian professori K. E. Kallio on kertonut.²⁵⁸ Vanhalla Tehtaankadun klinikalla työskenteli kandidaattihuoneiden emännöitsijänä Sofia Lindén, joka jäi elämään kaskuissa ja tarinoissa suorastaan legendaarisena mieskandidaattien äitihahmona – naiskandidaatteja hänen kerrotaan kohdelleen töykeästi. Synnytyslaitoksen muuttaessa uuteen naistenklินิกkaan vuonna 1934 Lindén siirtyi eläkkeelle, jolloin hänelle kerättiin lääkäreiltä rahalahja kiitokseksi ja vanhuuden turvaksi.²⁵⁹

²⁵⁴ Reenkola 1976, 94–97, 116–126.

²⁵⁵ Granit 1983, 62.

²⁵⁶ Ylioppilaskalenteri 1931, 58–61; Myös esim. Helsingin yliopiston ohjelma 1933–1934; Ks. liite 3 Lääketieteen opintojen rakenne ja tutkintovaatimukset eri aikoina.

²⁵⁷ Esim. lääket. tdk ptk 12.2.1946 (47§), HYKA.

²⁵⁸ Kallio 1973, 47–48; Myös esim. Janson ja Kivijärvi 1926, 166–167.

²⁵⁹ Selostus ja tilitys Sofia Lindénille kootusta rahalahjasta. SLAik 2/1935, 85; Kinnunen Olavi: Kaikkien kandidaattien ”äiti” Sofi Linden. Medisiinari 6/1953, 16; Myös Mäkimattila 1958, 122–123.

Klinikkaopetus oli suunniteltu pienelle kurssikoolle, ja kasvavat kandidaattimäärät vaikeuttivat opetuksen toteutumista ihanteellisessa muodossaan. Problematiikkaa kuvaa hyvin keskustelu osallistujamäärän kasvattamisesta korva-, nenä- ja kurkkutautien kesäkurssilla vuonna 1920. Professori Yrjö Meurman toi esille suuren kurssikoon aiheuttamia hankaluuksia tiedekunnan kokouksessa: kun potilastapauksia seurasi kerrallaan jopa 15 kandidaattia, jotka kukin vuorollaan tutkivat instrumentaalisesti korvaa, nenää tai kurkkua, potilaskin kävi hoitotilanteesta vai-vautuneeksi. Ihanteena oli, että kandidaatit näkisivät mahdollisimman paljon potilaan tutkimista ja toimenpiteitä. Esimerkiksi korvataudeissa jokaisella kandidaatilla oli kortti, johon merkittiin seuratut leikkaukset, jotta voitiin kontrolloida, että kaikki näkivät leikkauksia monipuolisesti.²⁶⁰ Kandidaatit halusivat itsekkin saada mahdollisimman paljon irti koulutuksesta, ja he pitivät pieniä kurssikokoja tärkeänä.²⁶¹ 1930-luvulla suomenkielisten opiskelijoiden määrän kasvaessa ruotsinkieliset olivat pienemmällä kursseillaan sisätaudeissa ja kirurgiassa jatkuvasti edullisemmassa asemassa henkilökohtaisen opetuksen suhteen. Suomenkieliset opiskelijat vaihtoivatkin toisinaan ruotsinkieliselle kurssille saadakseen parempaa opetusta.²⁶² Aktiivisimmat kandidaatit täydensivät opintojaan seuraamalla klinikoiden toimintaa myös vapaa-ajalla; esimerkiksi Kallio hankki asunnon kirurgian klinikan läheltä, jotta hän voisi iltaisin käydä katsomassa ”jännittäviä päivystystapauksia”.²⁶³

Yliopistolliseen kasvatukseen kuului myös hiljaista tietoa sivistyneistön tapakulttuurista. Akateemisten juhlien lisäksi tärkeitä olivat lääketieteen lisensiaattitutkinnon tentit, jotka olivat yleensä suullisia kuulusteluja professorien kotona. Kandidaatti saapui paikalle pukeutuneena frakkiin, ja professori saattoi tarjota tupakkaa, teetä tai kahvia, joskus madeiraa tai punssia. Toisinaan läsnä oli useampiakin kandidaatteja.²⁶⁴ Lääket. lis. Aarre Ellonen on muistellut myöhemmin 1930-luvulla suorittamiaan tenttejä. Silmätautien professori Väinö Grönholmilla oli tapana valita tenttikysymys lyömällä viivoittimella tenttikirjan lehtinurkkaan sanoen: *”Annetaan Jumalan ratkaista, minkä kysymyksen hän haluaa minun esittävän juuri teille.”* Erityisen mieleenpainuva oli syfilidologian ja ihotautien professori Axel Cedercreutzin tentti. Cedercreutzin luo ei sopinut mennä tavallisessa mustassa puvussa tai lounaspuvussa, joten Ellonen oli hankkinut uuden frakin, lakeerikengät, silinterihatun, hansikkaat ja kävelykepin. Tentti oli tiukka, mutta professorin katsottua kandidaattien päässeen läpi, juotiin yhdessä kahvit ja kolme lasia Meukoff-konjakkia mieheen.²⁶⁵ Kirjallisiakin tenttejä pidettiin, ja tällainen oli

260 Lääket. tdk ptk 7.5.1920 (3§) liitteinen, HYKA.

261 Esim. toisinaan tiedekuntaa pyydettiin tasaamaan ryhmiä, ks. lääket. tdk ptk 26.1.1926 (10§), 9.2.1926 (10§) liitteinen, HYKA.

262 Reenkola 1976, 118.

263 Kallio 1973, 42.

264 Esim. Kallio 1973, 54, Tähkä 1962, 78, Reenkola 1976, 170–173; Myös Klinge 1989, 414–416; Lainopin ylioppilaiden pukeutumiskoodista tenteissä, ks. Korpiola 2010, 36.

265 Ellonen Aarre: Microsporon Minutissimum: Loppujuttuja varhaisilta vuosilta. Medisiinari 8/1957, 32–37; Myös Reenkola 1976, 170–171, Kallio 1973, 43.

esimerkiksi Mies Reenkolan professori Gösta Beckerille suorittama sisätautiopin tentti 1930-luvun puolivälissä.²⁶⁶

Kuva suomalaisesta medisiinariyhteisöstä sotien välisenä aikana on miehinen: medisiinarien opinnoissa ja juhlissa korostuivat sellaiset ylioppilaskulttuurin piirteet, jotka eivät yleensä houkuttelleet naisia osallistumaan yhteistoimintaan.²⁶⁷ Motzi Eklöf on todennut, että Ruotsissa lääkärin ideaali rakentui pitkään maskuliiniseksi määritelyjen piirteiden ympärille, joita naiset eivät voineet täyttää. Tällaisia piirteitä olivat kompetenssi ja sopivuus, henkilökohtainen kypsyys, fyysinen vahvuus sekä auktoriteetti. Lääkärin ammatissa naisille sopivina erikoisaloina pidettiin niin sanottuja pehmeitä aloja, naisten- ja lastentauteja, jotka olivatkin naisten suosituimpia erikoisaloja – sittemmin ykkössijalle nousi psykiatria.²⁶⁸

Ammattikunnan eettiseen traditioon kasvaminen

”Tieto, taito ja tieteellinen ajattelutapa ovat välttämättömät, mutta yhtä tärkeätä on, että tuleva lääkäri saa oikean käsityksen tulevasta toiminnastaan, sen laadusta ja velvoituksista. -- Lääketieteen suunta vaihtelee ajasta aikaan. -- Mutta lääketieteen ja kaiken lääkärintoiminnan pyrkimys, sairauksien parantaminen ja terveyden säilyttäminen, se pysyy ja tulee aina pysymään samanlaisena, ulkonaisista muodoista riippumatta, ja tämän lääketieteen ja lääkärintoiminnan pyrkimyksen juurruttaminen voimakkaana ja elävänä käsityksenä tulevien lääkärin tietoisuuteen, se on oikeastaan kaiken lääketieteellisen opetuksen tärkein tehtävä.”

Näin lausui sisätautiopin professori Gösta Becker virkaanastujaisesityksessään vuonna 1927 tiivistäen sen 1900-luvun alkupuolella vallinneen näkemyksen, että lääkärintoiminta ei ollut vain lääketiedettä vaan myös lääketaitoa – *läkekonst*.²⁶⁹ Lääkärin diagnosointi- ja hoitokeinot olivat vielä vähäiset, ja hoidon tulokset epävarmoja. Intui tiolla, myötätuntoisella suhtautumisella ja kyvyllä kuunnella potilasta oli keskeinen merkitys hoidossa. Luottamuksellisen potilassuhteen edellytyksenä pidettiin ammatillista vapautta, lääkärikunnan arvostusta ja eettisten velvoitteiden, kuten salassapitovelvollisuuden noudattamista.²⁷⁰ Nämä lääkärintoiminnan arvot ja velvollisuudet olivat osa ammattikunnan kulttuuria, ja niiden sisäistäminen oli keskeinen osa ammattiin kasvamista. Osaksi arvot ja toimintatavat välittyivät eteenpäin uusille medisiinarisukupolville hiljaisena tietona klinisen opetuksen yhteydessä, mutta jonkin verran niitä oli myös kirjattu ylös.

Virallisella tasolla lääkärin toimintaa sääteli vuonna 1925 annettu laki yleisestä lääkärinhoidosta. Laki sisälsi eettisen ulottuvuuden. Lääkärin velvollisuudeksi

266 Reenkola 1976, 171–172; Myös lääket. tdk ptk 22.11.1932 (12§), HYKA.

267 Tällaisia olivat alkoholin käyttö ja kortti- ym. pelit, ks. esim. Kuusisto 1978, 190; Myös Klinge 1970, 224–231.

268 Eklöf 2000, 156–161.

269 Becker Gösta: Lääketieteestä ja lääkärintoiminnasta. Virkaanastujaisesityelmä 14. XII. 1927. Duodecim 1/1928, 14–22.

270 Ilmolahti 2010, 340, 385–390.

määriteltiin antaa lääkärinapua sitä pikaisesti tarvitsevalle ottamatta huomioon sitä, pystyikö potilas maksamaan hoidostaan. Lakiin sisältyi myös lääkärinvakuutuksen teksti, jossa korostui toimen ”korkea tarkoitus” sekä lupaus täyttää siihen kuuluvat velvollisuudet. Lisäksi lääkäriä koski salassapitovelvollisuus: rikoslaissa oli säädetty yksityisen tai perheen salaisuuden luvaton ilmaiseminen rangaistavaksi. Kuitenkaan oikeudenkäymiskaaren mukaan todistajaksi kutsutut – lääkäritkään – eivät saaneet vetäytyä todistamasta. Säädös aiheutti ajoittain ristiriitoja juristien kanssa, sillä toisinaan lääkärit eivät suostuneet sakonkaan uhalla todistamaan vedoten salassapitovelvollisuuteen. Vasta vuonna 1949 lääkärin ja hänen apulaisensa vaitiolovelvollisuus ulotettiin todistamiseen: ilman potilaan suostumusta ei saanut todistaa, ellei kyseessä ollut rikos, josta tuomio saattaisi olla vähintään kuusi vuotta kuritushuonetta. Ennen lakimuutosta lääkärit joutuivat oikeustapauksissa pitkälti itse päättämään, kuinka tiukasti he pitivät kiinni salassapitovelvollisuudesta. Tiettyissä tapauksissa yleinen etu ajoi salassapidon edelle. Esimerkiksi laissa lääkärin-toimen harjoittamisesta todettiin, että lääkärin oli ilmoitettava paikalliselle terveydenhoitolautakunnalle havaitsemistaan tarttuvista taudeista ja ryhdyttävä toimiin niiden leviämisen estämiseksi.²⁷¹

Lääkärikunnan sisällä ammattikunnan kulttuuria oli kirjattu Suomen Lääkäriliiton vuonna 1917 hyväksymään lausuntoon kollegiaalisuutta koskevista kysymyksistä. Sen hyväksymisen taustalla oli perusteellinen keskustelu, jossa lääkärinkunta jakautui traditionaalista hiljaisen tiedon välittämistä ja lääkärin ammatin ”herrasmiesluonnetta”²⁷² korostaneisiin sekä modernin yhteiskunnan vaatimuksia, sääntöjen ja lakien kirjaamista painottaneisiin. Sääntöjen luomista perusteltiin sillä, että lääkärimäärän kasvaessa kaikki eivät enää tunteneet toisiaan eivätkä vanhoja periaatteita, jolloin tarvittiin kirjallisia ohjeita. Kysymys oli kasvatuksellinen, sillä lääkärin etiikkaa ei opetettu yliopistossa, mitä käytännön lääkärit pitivät puutteena. Lääkäriliittoon oli myös perustettu kunnia- ja sovintotuomioistuin ratkaisemaan lääkärin välisiä riitaisuuksia ja valvomaan heidän käytöstään, ja päätösten pohjaksi tarvittiin kirjallisia ohjeita. Osa lääkäreistä kuitenkin katsoi, että säännöillä olisi ammattikunnan arvoa alentava vaikutus.²⁷³ Tätä argumenttia käytettiin samassa yhteydessä myös Ruotsissa, jossa ei voimakkaan vastustuksen vuoksi laadittu eettistä säännöstöä. 1920-luvun lopussa Ruotsissa julkaistiin ohjeelliset kirjoitelmat eettisissä kysymyksissä sekä perustettiin luottamusneuvosto. Kirjallisten sääntöjen sijaan ruotsalaiset lääkärit painottivat eettisten ja kollegiaalisten periaatteiden välittämistä opetuksessa.²⁷⁴

Lääkäriliiton kollegiaalisuuslausunto oli tarkoitettu ohjaukseksi jäsenille ”*arvonmukaisen hengen ja hyvän toveruuden ylläpitämiseksi*”. Lausunnossa lääkäreitä

271 Suomen asetuskokoelma: n:o 20, 1925; Ilmolahti 2010, 396–399; Palmén 1956, 101–108.

272 Keskustelussa kollegiaalisuuslausunnosta professori Otto Engström piti ehdotuksen pykälää itsestään selvänä jokaiselle suomalaiselle lääkärille, ”jokaiselle herrasmiehelle”. Lääkäriliiton II kokouksen ptk 18.9.1913, SLA; Carol Dyhouse on todennut, että brittiläisissä lääkärikouluissa oli sotien välisenä aikana vallalla miehin puhetapa: ammatilliseen pätevytyteen kuului yhteiseen ”herrasmiesten kunniakoodiin” kasvaminen. Dyhouse 2006, 150–151.

273 Aalto 2010, 56–57.

274 Nilsson 2003, 72–75; Eklöf 2000, 220.

muistutettiin pitämään mielessään toimen ”ylevä tarkoitusperä”, uurastamaan ammattikunnan arvon ja kunnian eteen noudattamalla ”vakavaa ja arvokasta käytöstapaa” sekä osoittamaan toimiveliä kohtaan ”asianmukaista hienotunteisuutta”. Lisäksi oli säännöksiä lääkarien suhteista potilaisiin ja kollegoihin, jotka koskivat muun muassa vaitiolovelvollisuutta, toisen lääkärin potilaan hoitamisesta, konsultaatioita ja palkkioita. Lausunnossa kiellettiin kaikki epäreilun kilpailun muodot, yhteistyö puoskarin kanssa, ”reklaamintapaiset” ilmoitukset ja todistusten antaminen mainoksiin, specialistiksi ilmoittaminen ilman erikoisopintoja sekä matkat henkivakuutustarkastuksia tai sairaiden vastaanottoa varten toisen lääkärin toimipiiriin ilman hyväksyttävää syytä.²⁷⁵ Vuonna 1925 lausuntoon tehtiin ajankohtaisia muutoksia, jotka koskivat paikallisyhdistysten roolia kollegiaalisuuden valvonnassa alueellaan ja sairasmatkojen kieltämistä kuntiin, joissa oli meneillään kunnan ja lääkärin välinen virkaa koskeva riitaisuus. Monet kirjauksista liittyivät lääkärimäärän kasvuun ja pyrkimykseen ehkäistä kilpailusta syntyviä riitatilanteita. Vähitellen alkoi yleistyä tilanne, että samalla alueella työskenteli useampi lääkäri. Tämän myötä kollegiaalisuuslausunnosta poistettiin oletus, että potilas oli jatkuvasti saman lääkärin hoidossa.²⁷⁶

1930-luvulla etiikassa oli pitkälti kyse ”lääkärisäädyn” toimintatavoista ja lääkärin velvollisuuksista potilaita ja kollegoja kohtaan. Varsinaisia yhteiskunnallisia velvollisuuksia ei käsitelty Lääkäriliiton kollegiaalisuuslausunnossa. Sen sijaan Lääkäriliiton ensimmäisen puheenjohtajan, professori Max Oker-Blomin kirja *Lääkäritoimi ja sen etiikka* vuodelta 1911 avaa tarkemmin lääkärikunnan eettistä pohdintaa. Kirja osoittaa, että suhde yhteiskuntaan ja osallistuminen laajasti ottaen kansan terveystason kohottamiseen puhututtivat lääkäreitä, mutta potilaskeskeytystä pidettiin etiikan pohjana. Oker-Blomille avainsanoja olivat ihmisrakkaus, kutsumus ja korkea moraali. Käsitteet ammatin eettisistä velvollisuuksista kumpusi työn vastuullisuudesta sekä lääkärin ja potilaan välisen suhteen herkkyydestä. Ammatti velvoitti toimimaan sekä yksilöiden että yhteisön terveyden edistämiseksi ja taistelemaan tauteja vastaan. Lääkäri oli aina ammattinsa edustaja, mikä merkitsi ”säädynmukaisuuden” vaatimusta: hyvällä käytöksellä oli merkitystä paitsi luottamuksellisen potilassuhteelle myös koko ammattikunnan arvostukselle. Oker-Blom – kuten jo 1800-luvulla Immanuel Ilmoni – korosti ystävällistä ja arvokasta mutta vaatimatonta käytöstä ja tyyntä mielialaa sekä elämäntavoissa kohtuullisuutta ja säädyllisyyttä. Lääkärin tuli kohdella kaikkia ihmisiä tasavertaisesti. Oker-Blom painotti monissa yhteyksissä, että medisiinarien oli saatava tietoa ammatin vaatimuksista voidakseen arvioida taipumuksiaan, sillä lääkärintoimeen sisältyi raskas vastuu. Esimerkiksi kunnanlääkärin täytyi olla ”valmis tuiskussa ja sateessa lähtemään pitkille ja usein hyvinkin vaivalloisille toimituksille”.²⁷⁷

275 Suomen yleisen lääkäriliiton lausunto kollegiaalisuutta koskevista kysymyksistä, Tiedonantoja 4/1917, 310–312.

276 Aalto 2010, 59–60, 75–76.

277 Oker-Blom 2000 (1911), 4–6, 10–19, 50–54; Myös Oker-Blom Max: Nykyisestä tulvasta lääkärin alalle sananen. Duodecim 11–12/1917, 563–566; Oker-Blom Max: Till frågan om moderering av den starka tillströmningen av studerande till medicinska fakulteten. Tiedonantoja 3/1916, 89–94; Oker-Blom viittasi kirjassaan useisiin saksalaisiin lääkärin etiikkaa käsitteleviin teoksiin. Motzi Eklöfin osoittaa

Oker-Blomin kirja ja Lääkäriliiton kollegiaalisuuslausunto pohjautuivat kuvaan yleis- tai kunnanlääkäristä lääkärin ”prototyypinä”. Ihanteellinen käsitys lääkärin ja potilaan välisestä suhteesta oli suora: parhaimmillaan luottamuksellinen, intiimi, henkilökohtainen ja pitkäkestoinen. Vuorovaikutus potilaan kanssa oli yksi lääketaidon keskeinen elementti, joka vaati Oker-Blomin mukaan ”psykologista silmää”. Hyvä suhde potilaisiin ja kollegoihin painottui myös siksi, että käsitykset taudeista, niiden etenemisestä ja hoidosta olivat vielä monin tavoin vajavaisia ja hoitokeinot puutteellisia. Lääkärin oli pystyttävä kestäväseen arvosteluun ja tarkastelemaan omaa toimintaansa – tärkeää oli jatkuvasti pysytellä ajan tasalla lääketieteen kehityksestä. Tarvittaessa oli konsultoitava (kokeneempaa) kollegaa. Kun yhteistyö toisten lääkärin kanssa oli noussut yhä suurempaan rooliin potilastyössä, hyvät kollegiaaliset suhteet koituivat potilaiden hyväksi. Toisin päin tarkasteltuna toisen lääkärin arvostelu potilaan kuullen vahingoitti aina sekä potilaan luottamusta kyseiseen lääkäriin että yleisesti ammattikunnan arvostusta.²⁷⁸

Motzi Eklöf on todennut, että Ruotsissa sotien välisenä aikana lääkärit kokivat yhteiskunnan muuttuvan voimakkaasti, mikä sai heidät korostamaan ammatin eettistä perintöä ja kutsumusluonnetta.²⁷⁹ Eettiset ohjeistot onkin nähty keinona korottaa ammatin arvostusta tai tiivistää yhteisöä ulkoisen uhkan edessä.²⁸⁰ 1910-luvun Suomessa lääkärikunnan kokemia uhkia olivat ylioppilastulva ja sosiaalivaikutukset. Oker-Blomin tuolloin muotoilema perintö oli vielä 1930-luvulla hyvin muistissa lääkärikunnassa, ja hänen kirjansa toimi edelleen ohjenuorana haettaessa tukea lääkärin menettelylle.²⁸¹ On vaikea arvioida, missä määrin medisiinarit tustuivat kirjallisiin materiaaleihin, mutta esimerkiksi vuoden 1939 alussa Oker-Blomin kirja esiteltiin *Medisiinari*-lehdessä.²⁸² Muistelmista nousee esille, että traditio tiedostettiin ja se välittyi hiljaisena tietona nuoremmille sukupolville. Harry Lauritsalo on muistellut opintojaan 1920-luvulla ja todennut, että pitkänä opiskeluaikana opittiin lääketieteen ohella lääkärin etiikkaa ja hyviä tapoja.²⁸³ Vuonna 1937 Lääkäriliiton yleisessä kokouksessa Bruno Nyström arvioi kollegiaalisuuslausunnon olleen kaikille lääkäreille hyödyksi, kun ”*me kokemattomina kandidaatteina olemme hoitaneet viransijaisuuksia ja vastavalmistuneina lääkäreinä olemme joutuneet tekemisiin virkaveltien ja potilaitten kanssa*”.²⁸⁴ Hiljaisen tiedon omaksuminen jatkui amanuenssuureissa ja ensimmäisissä työpaikoissa. K. E. Kallio on muistelmissaan kertonut, että hän sai vt. apulaislääkärinä Marian sairaalassa ylilääkäri Henry Bar-

väitöskirjassaan, miten saksalaiset aatteet lääkärin etiikasta levisivät myös Ruotsissa. Ks. Eklöf 2000, 54–62, 197–198.

278 Oker-Blom 2000 (1911), 52, 84–90, 95–101, 238–243.

279 Eklöf 2000, 54–57.

280 Huerkamp 1990, 71.

281 Lääkäriliiton X yleisen kokouksen ptk 25.–26.9.1931. SLAik 5/1931, 315–344; Kysymyksiä ja vastauksia. SLAik kunnanlääkäriosasto, n:o 2/1.4.1931, 60–72; Palmén Einar: Suomen Lääkäriliiton lausunto kollegiaalisuutta koskevista kysymyksistä. Alustus keskustelukysymykseksi. SLAik 4/1937, 170–183.

282 Kirjallisuusosasto. Medisiinari 1/1939, 51.

283 Lauritsalo Harry: Lääkäri tämän päivän valokeilassa. SLL 21/1960, 1144–1152.

284 Nyström Bruno: Ehdotus muutoksiksi ja lisäyksiksi Suomen Lääkäriliiton lausuntoon kollegiaalisuutta koskevista kysymyksistä. 2. alustus keskustelukysymykseksi. SLAik 4/1937, 184–188.

dyltä arvokkaita neuvoja tietojen antamisesta potilaalle tämän sairaudesta ja salassapitovelvollisuudesta.²⁸⁵

Eettiset ohjeet ja lääkärin velvollisuuksia koskevat tekstit kuvaavat ihanteita, ja todellisuus oli joskus toinen. Lääkäriliiton hallituksessa ja luottamusneuvostossa käsiteltiin liiton perustamisesta asti lukuisia lääkärrien välisiä riitaisuuksia. Alkuvuosina kyse oli usein kilpailutilanteista, huonosta käytöksestä, erimielisyyksistä potilaiden hoidossa tai epäasiallisesta ilmoittelusta.²⁸⁶ Yksi ristiriitoja ammattikunnan sisällä aiheuttanut kysymys oli lääkärrien oikeus määrätä kieltolain aikana alkoholipitoisia aineita lääkinnällisissä tarkoituksissa. Väärinkäytöksistä saattoi menettää oikeuden harjoittaa ammattiaan, ja rikkomuksista tuomitut lääkärit erotettiin yleensä myös Lääkäriliitosta. Väärinkäytökset vaikuttivat lääkärikunnan julkisuuskuvaan ja arvostukseen, joten Lääkäriliitto otti aktiivisen ja ankaran linjan ”reseptitehtailijoita” kohtaan. Lääkintöhallitus rajoitti vuonna 1928 kaikkien lääkärrien oikeutta määrätä alkoholia väärinkäytösten vuoksi. Kaiken kaikkiaan kieltolaki jakoi lääkärikuntaa, ja vaikka sillä oli kannattajia, sitä vastustettiin melko yleisesti ja osa reseptikirjoittelusta oli tietoista.²⁸⁷ Myös viransijaisina toimineilla lääketieteen kandidaateilla oli oikeus kirjoittaa reseptejä, ja heitäkin tuomittiin väärinkäytöksistä.²⁸⁸

Kandidaattien kasvattaminen lääkärintoimen velvollisuuksiin oli tärkeää ammattikunnan arvostukselle etenkin, koska kandidaatit saattoivat toimia viransijaisina. Esimerkiksi rikoslain vaitiolovelvollisuus ei koskenut heitä, mutta lääkärikunnassa pidettiin tärkeänä, että tulevat lääkärit noudattaisivat periaatetta myös opiskeluaikanaan.²⁸⁹ Kunnanlääkärin viransijaisina kandidaatit saivat konkreettista kokemusta ammattikunnan perinteistä ja kollegiaalisuuden toimivuudesta, kun he joutuivat tekemisiin paikkakunnan muiden lääkärrien kanssa. Kun viransijaisuudet hankittiin usein verkostojen avulla, tutun kunnanlääkärin sijaisena kandidaatti saattoi saada merkittävää tukea varsinaiselta lääkäriltä.²⁹⁰ Toisenlaisiakin tilanteita oli. Vuonna 1935 Lääkäriliiton tietoon tuli kollegiaalisuuskiista, jossa vt. kunnanlääkärinä toiminut kandidaatti syytti paikkakunnalla toiminutta yksityislääkärää epäkollegiaalisuudesta: mustamaalaamisesta ja huhujen levittämisestä. Kyseinen yksityislääkäri taas moitti kandidaattia siitä, ettei tämä ollut ”nuorena paikkakunnalle saapuvana lääkärinä” tullut hänen luokseen esittäytymään, ”kuten tapa tähän asti joka paikassa on ollut ja hyvä yhteistoiminta sekä kollegiaalisuus tuntuisi vaativan”.²⁹¹

285 Kallio 1973, 90, 301.

286 Aalto 2010, 74–75.

287 Aalto 2010, 70–72.

288 Lääkäriliiton hallituksen ptk 13.12.1930, SLA.

289 Koskimies Akseli: Lääkärin vaitiolovelvollisuudesta. SLAik 1/1941, 1–42.

290 Tähkä 1962, 65; Sulamaa 1971, 16–17.

291 Lääkäriliiton hallituksen ptk 12.8.1935, 19.9.1935, SLA.

Yleislääkärin työ ja sosiaalilääketieteen haaste

”Se patriarkaalinen aika, jolloin käytännöllinen lääkäri sai kahdenkesken hoidoksaansa kanssa järjestää työnsä ja menettelynsä, aika, jolloin hän säännön mukaan oli yksityisten sairastensa kunnioittama ystävä ja hyväntekijä, perhelääkärinä ’perheittensä’ luottamusmies, tuo onnellinen aika on yhteiskunnan uudenaikaisen kehityksen mukana ja vuoksi vähitellen miltei täydellisesti kadonnut -- Tahtomattaan lääkäri nyt tulee ehtimiseen tekemisiin sosiaalisen lääketieteen eri puolien kanssa, jotka asettavat hänelle aivan uusia velvollisuuksia.”

Näin luonnehti professori J. J. Karvonen Suomen Lääkäriliiton yleisessä kokouksessa vuonna 1913 yhteiskunnan sosiaalisten vakuutusjärjestelmien vaikutusta lääkärin työhön. Karvonen katsoi, että vakuutusjärjestelmien myötä lääkärikunnan arvo oli laskenut. Yhteiskunnan asettuminen potilaiden hoidon maksumieheksi merkitsi sitä, että lääkärin ja potilaan väliseen suhteeseen oli sekaantunut ”kolmas mies oikeuksineen”.²⁹² Kun valtiovalta asetti laajoja, tietyille väestöryhmille pakollisia vakuutuksia, lääkäreistä tuli yhä enemmän erilaisten ”etuisuusjärjestelmien portinvartijoita”, kuten Samu Nyström on luonnehtinut. Suomessa ensimmäinen sosiaalivakuutus oli työväestön tapaturmavakuutus vuodelta 1912 (laki tuli voimaan vuonna 1918).²⁹³ Sosiaalivakuutukset olivat alkaneet yleistyä Euroopassa 1800-luvun jälkipuoliskolla. Saksassa vakuutusjärjestelmät toivat lääkäreille uusia potilaita, mutta toisaalta myös keskittivät heitä vakuutuslääkäreille, mikä aiheutti taloudellisia ristiriitoja lääkärin välille. Ammattikunta ryhtyikin ajamaan vapaata lääkärinvalintaa. Claudia Huerkamp on todennut, että kaikkialla lääkärit näkivät vakuutukset uhkana ammatilliselle autonomialleen.²⁹⁴ Suomessa seurattiin Saksan kehitystä, ja siihen Karvonenkin viittasi varoittavana esimerkkinä.²⁹⁵ Kun ensimmäinen esitys sairausvakuutusjärjestelmästä tehtiin, lääkärikunta huolestui ammatillisen vapautensa menettämisestä. Osittain Lääkäriliiton vastustuksen vuoksi sairausvakuutuslaki kaatui viime metreillä eduskunnassa vuonna 1929, ja uutta ratkaisua alettiin etsiä vasta sodan jälkeen.²⁹⁶

Sosiaalivakuutusjärjestelmien luominen ja niihin lääkärin näkökulmasta liittynyt problematiikka muodostui yhdeksi keskeisistä aatteellisista kysymyksistä, joka heijastui myös medisiinarien sosialisatioon ja koulutukseen. Vakuutusten myötä alettiin puhua lääkärikunnan ”sosialisoinnista”, joka viittasi valtion ”sekaantumiseen” lääkärin työhön. Vakuutukset muuttivat lääkärin palkkionmuodostuksen perinteitä, mikä ilmensi ammatin kehitystä kutsumukseksi elinkeinoksi. Vanhas- taan kutsumuksellisuuteen oli liitetty ajatus, että lääkärin toiminta oli osittain

292 Karvonen J. J.: Tapaturmatodistuksista. Duodecim 11/1913, 579–596.

293 Nyström 2010(b), 170.

294 Huerkamp 1990, 74–77.

295 Karvonen J. J.: Tapaturmatodistuksista. Duodecim 11/1913, 579–596.

296 Nyström 2010, 169–171(b); Myös Palmén A. J.: Lääkärin suhtautuminen maan Hallituksen Eduskunnalle jättämään esitykseen laiksi sairausvakuutuksesta. SLAik 4–5/1927, 111–115.

hyväntekeväisyyttä.²⁹⁷ Kysymys palkkiosta oli yksinkertainen, kun potilas maksoi itse sairautensa hoidon. Samalla hoidossa oli kyse vain potilaan ja lääkärin välisestä henkilökohtaisesta luottamussuhteesta. Sosiaalivakuutukset asettivat lääkärit uusien tehtävien eteen: arvioimaan potilaiden hoitoon hakeutumisen motiiveja ja yhteiskunnalle maksajana hoidosta aiheutuneita seurauksia. Vakuutukset toivat lääkärien vastaanotoille potilaita, jotka eivät hakeneet apua sairauteen tai vammoihin sinänsä vaan sen ohella tai yksinomaan saadakseen asiasta lääkärintodistuksen. Lääkäreillä olikin huoli ”turhien” lääkärikäyntien lisääntymisestä ja niiden kustannuksista maksajana toimivalle yhteiskunnalle.²⁹⁸

Historioitsija Ilkka Levä on käyttänyt ”ammatinharjoittamisen tilan” käsitettä siitä taloudellisesta tinkimisvarasta ja henkisestä liikkumatilasta, jonka lääkärinkunta on pyrkinyt hankkimaan suhteessa niihin rajoihin, joita yhteiskunta on asettanut lääkärien työlle vakuutusjärjestelmien ja virkasuhteiden muodossa.²⁹⁹ Sotien välisenä aikana nämä olivat vielä uusia asioita, ja lääkärinkunta pyrki säilyttämään perinteisen vapautensa säädellä työnteon puitteita ja sisältöä. Kysymys oli myös vaikutus- ja arvovallasta. Nämä seikat vaikuttivat siihen, että lääkärien suhtautuminen sosiaalivakuutuksiin oli kielteinen, ja tämä pohjavire säilyi ammattikunnassa pitkään. Pohjimmiltaan kysymys oli valtion roolista ja tehtävistä suhteessa kansalaiseen. Lääkärikunnassa ristiriita ilmeni yksilöllisen vapaus- ja vastuukäsityksen sekä valtion ohjaavien toimenpiteiden välillä. ”Yhteiskunnallistumisen” prosessiin liittyi myös terveydenhoidollisten tavoitteiden liittäminen osaksi lääkärien velvollisuuksia. Timo Tarmio on todennut, että 1920–1930-luvuilla lääkärien toimenkuvaan liitetty yhteiskunnallinen eetos kokonaisuudessaan lisääntyi ja tehostui. Yleisen terveydenhuollon edistäminen ja terveysvalistus oli tosin aloitettu jo 1800-luvulla, mutta nyt kansan terveyden edistäminen sai uutta painoarvoa valtion näkökulmasta. Terveydenhoidossa kaksinaisuus näkyi siinä, että terveyden ylläpitämistä pidettiin henkilökohtaisena velvollisuutena kansaa ja kansakuntaa kohtaan.³⁰⁰

Käytännön kansanterveystyötä rajoittivat nuoren valtion poliittiset ristiriidat ja huono taloudellinen tilanne. Maan terveyden- ja sairaanhoidon epäkohdat olivat nousseet esille sisällissodan ja espanjantauti-influenssaepidemian aikana. Kaikissa kunnissa ei ollut omaa lääkäriä, ja sairassijoja oli vähän. Vaikka kunnanlääkärin määrä kasvoi, heidän asemansa pysyi lainsäädännöllisesti järjestämättä aina vuoden 1939 lakiin yleisestä lääkärinhoidosta asti. Terveydenhoitolaki uudistettiin vuonna 1927, ja sen myötä kuntien terveydenhuoltotehtävät lisääntyivät. Ennalta ehkäiseviä toimia kirjattiin virkalääkärin virallisiksi velvollisuuksiksi, mutta heikon taloudellisen tilanteen ja vähäisen lääkärimäärän vuoksi määräykset jäivät pitkälti toteuttamatta erityisesti maalaiskunnissa. Varojen puute häytti myös sairaalalaitosta, samoin ristiriidat siitä, miten järjestelmää tulisi kehittää. Kokonaissuunnitelma saatiin vasta, kun laki keskussairaaloista hyväksyttiin vuonna 1943. Hidas prosessi vaikeutti myös Helsingin klinikoiden rakennussuunnitelmia. Pitkään kestänyt

²⁹⁷ Oker-Blom 2000 (1911), 187–189; Myös Ilmolahti 2010, 337.

²⁹⁸ Ilmolahti 2010, 343–345.

²⁹⁹ Levä 2010, 243–245.

³⁰⁰ Tarmio 1993, 48–51; Helén ja Jauho 2003, 13–20.

kiistely sairaalan laajentamisesta sai päätöksensä vasta valtion ja kaupungin sovitua vuonna 1939 uuden opetussairaalan rakentamisesta Meilahteen.³⁰¹

1920- ja 1930-lukujen Suomessa lääkärin perustyyppi oli yleislääkäri, joita työskenteli niin kuntien ja kaupunkien kuin yksityisten, esimerkiksi teollisuuslaitosten, palveluksessa sekä yksityislääkäreinä. Kaupungeissa osa yksityislääkäreistä toimi erikoisaloilla. Koska valtion ja kuntien kustantama sairaanhoito koski lähinnä vähävaraisia ja varattomia, muiden potilaiden tuli hakea hoitoa yksityispraktiikoista. Vaikka lääkäreistä suurin osa työskenteli esimerkiksi jo vuonna 1920 valtion tai kuntien palveluksessa³⁰², he pitivät yleensä samalla myös yksityispraktiikkaa ja saattoivat liikkua vapaasti julkisen ja yksityisen puolen välillä. Julkinen ja yksityinen sekoittuivat myös kunnanlääkärien työssä, joiden tuloista potilaiden maksut muodostivat huomattavan osan. Työn painopiste oli sairauksien hoitamisessa, ja taloudellinen kannustin yleisen terveydenhuollon tehtäviin tavallaan puuttui. Kunnanlääkärien työolosuhteita ja palkkioita yhtenäistettiin 1920-luvulla hyväksymällä kunnanlääkäriohjesääntö, joka ajettiin läpi kunnissa osin hakukieltojen avulla. Myös suurin osa sairaalalääkäreistä sai päätulonsa yksityispraktiikasta. Joissain sairaaloissa oli käytössä yksityispaikkajärjestelmä: yllilääkärillä oli sairaalassa oma yksityisosastonsa, jossa potilaat maksoivat saamansa hoidon itse.³⁰³

Kun suurin osa väestöstä asui maaseudulla, kunnanlääkärit olivat keskeinen lääkäriryhmä. K. E. Kallio on todennut osuvasti muistelmissaan: *”1920-luvulla ja vielä kauan sen jälkeenkin vallitsi Suomessa yleislääkärien aikakausi. -- Vastavalmistuneen lääkärin unelmana oli nimittäin saada hoitaakseen hyvä kunta ja jäädä sinne viettämään rauhallista maaseudun elämää kunnioitettuna tohtorina.”*³⁰⁴ Historioitsija Oona Ilmolahden mukaan sotien välisen ajan Suomessa kunnanlääkäri oli paikkakuntansa yhteisössä arvostettu jäsen, akateemisen sivistyneistön edustaja. Pitkään samalla paikkakunnalla toimineet lääkärit tunsivat yhteisön erityispiirteet ja muodostivat luottamukselliset suhteet potilaisiin ja näiden perheisiin. Toisaalta työ oli rankkaa, ja sitä leimasivat mitä moninaisimmat sairaudet, jatkuva vastaanottotyö, pitkät matkat sairaiden luo, suuret potilasmäärät ja mahdollinen toiminta kunnan-sairaalassa. Etenkin maaseudulla käännyttiin lääkärin puoleen vasta vakavammissa tapauksissa tai sairauden edettyä pitkälle. Kaikkialla ei uskottu lääkärin asiantuntemukseen, ja toisaalta parannuskeinotkin olivat vielä vähäiset. Työ oli varsin yksinäistä, joten paikalliset lääkäriyhdistykset olivat merkittäviä niin kollegiaalisuudelle kuin ammattitaidon ylläpitämiselle. Kunnanlääkäreillä ja lääkäriyhdistyksillä oli tärkeä rooli alueensa terveydenhoidon kehittämisessä, kuten kunnansairaloita perustettaessa.³⁰⁵ Vaikka opintojen tavoitteena oli valmistaa yleislääkäriksi, yliopistoklinikoilla kunnanlääkäreihin saatettiin suhtautua alentuvasti. Myöhempi

301 Harjula 2007, 19–35; Nyström 2010(b), 159–168; Tiitta 2009, 34–35, 47–48, 94–95, 115–118; Ilmolahti 2010, 335–336.

302 Nyströmin mukaan Suomessa oli vuonna 1920 662 lääkäriä, joista 236 oli valtion ja 230 kuntien palveluksessa. 167 toimi päätoimisesti yksityislääkäreinä. Huomattava on, että suurella osalla julkisen puolen lääkäreistä oli myös yksityisvastaanotto. Nyström 2010(b), 160.

303 Nyström 2010(b), 160–165, 168–169; Ilmolahti 2010, 337; Levä 2010, 247–248; Myös Kallio 1973, 57.

304 Kallio 1973, 57.

305 Ilmolahti 2010, 331–335; Aalto 2010, 72–73; Myös Kauttu 1983, 9–18.

lääkintöhallituksen pääjohtaja Niilo Pesonen on muistellut, että hänen opiskeluaikanaan osa opettajista arvosteli ”kärkevästi” kunnanlääkärien tekemiä erehdyksiä tavalla, johon sisältyi koko kunnanlääkärikuntaa halventava sävy.³⁰⁶

1920- ja 1930-luvuilla lääketieteellisessä tiedekunnassa ilmeni ristivetoa keskustelussa yhteiskunnallisesta lääketieteestä ja sen opetuksesta. Kunnanlääkärien määrän kasvaessa ja uusien vaatimusten kohdistuessa heidän työhönsä, lääkärikoulutuksen kehittämiseen alkoi tulla enemmän käytännön työstä kumpuavia impulsseja, jotka eivät liittyneet puhtaasti sairauksien hoitamiseen. Jo tapaturmavakuutuslain hyväksymisen jälkeen vuonna 1913 Suomen Lääkäriliiton yleisessä kokouksessa pohdittiin vakuutuslääketieteen ottamista opintoihin.³⁰⁷ Tähän palattiin uudestaan vuosikymmenen lopulla, jolloin sosiaalipoliittisten kysymysten ajankohtaistuminen tuntui vaativan ripeää tarttumista asiaan. Vuonna 1920 tiedekunta päättikin järjestää dosenttiopetuksena kaksi vakuutuslääketieteen kurssia, toisen henkivakuutuksista ja toisen tapaturmavakuutuksista.³⁰⁸ Tiedekunnassa opetukseen tartuttiin kuitenkin hitaasti, vaikka sosiaalilääketieteestä keskusteltiin julkisuudessaakin. Sosiaalilääketieteeseen oli alettu sisällissodan jälkeen liittää rotuhygienia ja raittiusaatteen kannatuksen myötä alkoholologia. Asia oli valtion intresseissä, ja erilaisten aloitteiden pohjalta opetusministeriö pyrki kiirehtimään opetusta. Niiden pohjalta rehtorinvirasto esitti viran perustamista sosiaalisessa lääketieteessä sekä terveys- ja raittiusopissa, mutta lääketieteellinen tiedekunta torjui esityksen.³⁰⁹

Syksyllä 1921 Duodecim-seura käsitteli kokouksessaan sitä, miten hyvin opetus vastasi käytännön lääkärin tarpeita. Alustajina olivat professori J. J. Karvonen ja kunnanlääkäri Einar Palmén. Heidän esitelmissään lähdettiin liikkeelle yleislääkärin vaihtelevan työkentän koulutukselle asettamista vaatimuksista. Alustusten pohjalta Duodecim-seura esitti tiedekunnalle, että opetusohjelmaan otettaisiin sosiaalilääketiede ja käytännön harjoittelun ja polikliinisten opintojen osuutta lisättäisiin. Fysikaalisen terapian (sis. röntgenologia) ja farmakologian opetusta toivottiin uudistettavan.³¹⁰ Tiedekunta pyysikin professori Karvosta opettamaan sosiaalilääketiedettä.³¹¹ Karvosen laatiman selostuksen mukaan opetus käsitti vakuutuslääketieteen lisäksi sosiaalista hygieniaa ja patologiaa sekä sosiaalis-lääketieteellistä tilastotiedettä. Rajanveto hygienian oppiaineeseen oli Karvosen mukaan tehtävä siten, että sosiaalilääketieteessä oli luennoitava vakuutuslääketieteen kannalta merkittäviä sosiaalisen hygienian kysymyksiä, kuten alkoholismi, tuberkuloosi, ammattitaudit ja perinnöllisyys.³¹² Vuonna 1924 tiedekunta pohti komiteamietinnön pohjalta opetuksen järjestämistä, mutta päätyi siihen, ettei erityistä

306 Pesonen 1973, 132; Myös Kallio 1973, 49.

307 Karvonen J. J.: Tapaturmatodistuksista. Duodecim 11/1913, 579–596; Nyström 2010(b), 170.

308 Koskimies Akseli: Vakuutusmedisiinan opetuksesta. Tiedonantoja 4/1917, 313–317; Lääkäriliiton hallituksen ptk 15.2.1920 (8§), SLA; Lääket. tdk ptk 27.4.1920 (9§), HYKA.

309 Karvonen J. J.: Onko lääketieteellinen opetus yliopistossamme nykyään käytännössä toimivan lääkärin kannalta tarkoitustaan vastaava. Duodecim 1/1922, 1–12; Lääket. tdk ptk 28.11.1921 (3§), 22.3.1922 (5§) liitteineen, HYKA.

310 Duodecim-seuran kirje liitteenä lääket. tdk ptk 2.3.1922 (1§), HYKA.

311 Lääket. tdk ptk 22.3.1922 (7§), 30.3.1922 (3§), HYKA.

312 Sosiaalisen lääketieteen opetuksesta. Liitteenä lääket. tdk ptk 26.9.1922 (10§), HYKA.

opettajantointa ollut syytä perustaa vaan kaikessa kliinisessä opetuksessa tuli ottaa huomioon sosiaalilääketieteelliset näkökohdat. Vain tapaturmavakuutuksista tuli järjestää jatkossa pakollinen kurssi. Fysikaalisen terapian, farmakologian ja polikliinisiä opintoja uudistettiin.³¹³ Myös tuberkuloosiopin opetusta lisättiin, vaikka vakituisen opettajan virkaa ei saatukaan.³¹⁴ Myöhemmin 1930-luvulla tiedekunnassa keskusteltiin radiologian pakollisesta opetuksesta, mutta tätä vastustettiin, koska opetusta ei haluttu hajottaa enää useampiin erikoisaineisiin. Vuonna 1936 opetukseen sisällytettiin kuitenkin kurssit röntgenologiassa sekä lääkintälainsäädännössä ja todistusten laatimisessa. Radiologian osalta todettiin nopea kehitys: monet lääkärit joutuivat käyttämään röntgenlaitteita ilman kunnollisia tietoja kyseisestä tutkimusmenetelmästä.³¹⁵ Muutokset osoittavat, että tiedekunta pyrki opetuksessaan vastaamaan käytännön yleislääkärien tarpeisiin.

Harjoittelun lisääminen lääketieteen opinnoissa oli erityisesti lääkärikunnan ja medisiinarien intresseissä. Perinteisesti käytännön kokemusta oli hankittu vapaaehtoisesti: kandidaatit täydensivät opintoja henkilökohtaisesta harrastuneisuudesta perehtymällä potilastapauksiin ja seuraamalla klinikoiden toimintaa omalla ajallaan. Tällainen vapaaehtoisuus oli ilmeisen laajaa, joten sen voi katsoa kuuluneen lääketieteen ”piilo-opetussuunnitelmaan”. Lisäksi kandidaatit palvelivat amanuensseina yliopistoklinikoilla. Amanuenssina saattoi vuoden 1931 tutkintovaatimusten mukaan palvella enintään neljällä klinikalla, ja suurin osa kandidaateista pyrki toimimaan amanuenssina ainakin yhdellä klinikalla. Amanuenssipalvelu oli tietynlainen epävirallinen lisä opinnoissa, sillä yleinen käsitys oli, että kokemus sairaalatyöskentelystä oli tarpeen ennen itsenäiseen työhön ryhtymistä. Yleensä amanuenssina toimittiin sinä aikana, jolloin klinikkapalvelukset olivat takana ja kandidaatti suoritti liseniaattitenttejään. Amanuenssuurit täytettiin periaatteessa kladijärjestyksessä eli ”*amanuenssiksi päästäkseen täytyy usein odottaa vuoroaan ja vanhentua*”. Koska amanuenssuureja oli tarjolla rajallinen määrä, jonotusta syntyi erityisesti suosituilla sisätautien, kirurgian sekä synnytys- ja naistentautien klinikoilla.³¹⁶

Itsenäinen, vapaaehtoinen ja oma-aloitteinen toiminta oman oppimisen eteen oli kuulunut yliopistokasvatuksen hiljaiseen tietoon. Nyt esille nousi näkemys, ettei opintoja voinut järjestää enää vapaaehtoisuuden varaan, kuten Duodecimin kokouksessa alustanut kunnanlääkäri Einar Palmén totesi. Palmén ehdotti, että kaikille taattaisiin mahdollisuus toimia amanuensseina vuoden ajan, sillä se takaisi parhaan käytännöllisen täydennyksen opintoihin.³¹⁷ Kaikille pakollisen amanuenssuurin sisällyttämistä opinto-ohjelmaan oli ehdottanut jo professori Robert Tigerstedt

313 Komiteamietintö liitteenä lääket. tdk ptk 19.2.1924 (3§), HYKA; Lääket. tdk ptk 1.4.1924 (2§), 8.4.1924 (3§), 21.10.1924 (3§), 11.12.1925 (12§), HYKA.

314 Lääket. tdk ptk 16.2.1926 (2§), 4.5.1926 (1§), 29.9.1931 (7§), 20.10.1931 (3§) liitteineen, HYKA.

315 Lääket. tdk ptk 13.3.1934 (15§), 28.1.1936 (8§), 11.2.1936 (10§) liitteineen, HYKA.

316 Helsingin yliopiston lääketieteellisen tiedekunnan tutkintovaatimukset 1931, 3; Harry Lauritsalo on muistellut, että 1920-luvulla suosituimpiin amanuenssuureihin oli 2–3 vuoden jono, ks. Lauritsalo Harry: Lääkäri tämän päivän valokeilassa. SLL 21/1960, 1144–1152.

317 Palmén Einar: Onko lääketieteen opetus yliopistossamme nykyään käytännössä toimivan lääkärin kanalta tarkoitustaan vastaava. Duodecim 2/1922, 61–74.

vuonna 1911.³¹⁸ Tiedekunta tekikin keväällä 1921 osana klinisten opintojen uudistamista tämän suuntaisen esityksen, mutta se jäi toteuttamatta.³¹⁹ Asiaan palattiin vuonna 1924, jolloin kandidaattien mahdollisuuksia toimia amanuensseina esitettiin laajennettavaksi mutta otettiin kielteinen kanta harjoittelun pakollisuuteen.³²⁰ Tähän on luultavasti vaikuttanut se, että tiedekunnassa katsottiin useiden amanuenssuurien, kuten kunnanlääkärien viransijaisuuksienkin hoitamisen, pitkittävän kandidaattien opintoja.³²¹

Kunnanlääkärien viransijaisuudet olivat toinen merkittävä tapa hankkia käytännön kokemusta. Määräyksen kunnanlääkäriin viransijaiseksi saattoi lääkintöhallitukselta saada enintään kuudeksi kuukaudeksi kerrallaan kandidaatti, joka oli suorittanut neljä ensimmäistä klinistä kurssia.³²² Työskentely kunnissa tarjosi vanhemmille kandidaateille ensimmäisen mahdollisuuden sekä käytännön työkokemuksen että toimeentulon hankkimiseen.³²³ Saaduilla tuloilla saattoi lyhentää opintovelkoja.³²⁴ Vuoden 1931 *Ylioppilaskalenterin* mukaan maassa oli 53 avointa kunnanlääkäriin virkaa, joita useimpia hoitivat kandidaatit.³²⁵ Lääketieteenkandidaattiseura ja Medicinarklubben Thorax ottivat yhdeksi ensimmäiseksi toimintamuodokseen sellaisten viransijaisuuksien välittämisen, joita kandidaatit saattoivat hoitaa, ja näistä kunnanlääkärien viransijaisuudet muodostivat merkittävän osan. Vuonna 1939 molemmat kandidaattiseurat rekisteröityivät yhdistyksiksi saadakseen viranomaisilta luvan harjoittaa paikanvälitystoimintaa. Toiminnassa oli kasvatuksellinen näkökulma, ja seurat muistuttivat ajoittain jäseniään hyvästä käytöksestä ja vastuullisesta toiminnasta sijaisina.³²⁶ Vuoden 1937 puheenjohtaja Eero Turpeinen luonnehti viransijaisvälitystä LKS:n merkittävimmäksi jäseneduksi.³²⁷

Jäsenten käytännön valmiuksien edistäminen ilmeni myös LKS:n ja Thoraxin pyrkimyksissä parantaa amanuenssien tilannetta. Ongelmia aiheutti ennen kaikkea jonotus, mikä kertoo amanuenssuurien suosiosta. Kun medisiinarikunnan lävisti ajatus, että työkokemuksen hankkiminen ei voinut enää perustua vapaaehtoisuuteen, harjoittelusta alettiin vaatia palkkaa. Näin syntyi uudenlaista edunvalvontaa, ja vuosina 1936–1938 LKS ja Thorax pyrkivät yhdessä parantamaan amanuenssien palkkausta. Seurojen yhteinen komitea kirjelmöi asiasta niin tiedekunnalle, sairaalahallitukselle kuin eduskunnallekin, ja amanuenssien huonoja palkka- ja työskentelyolosuhteita tuotiin esille lehdistössä. Mahdollisuudesta amanuenssuurien suomaan käytännön koulutukseen oli muodostunut myös taloudellinen kysymys:

³¹⁸ Tigerstedt 1911, 164–165.

³¹⁹ Lääket. tdk ptk 3.5.1921 (4\$), HYKA.

³²⁰ Komiteamietintö liitteenä lääket. tdk ptk 19.2.1924 (3\$), HYKA; Lääket. tdk ptk 25.11.1924 (9\$), HYKA.

³²¹ Komiteamietintö alkututkinnosta liitteenä lääket. tdk ptk 24.5.1932 (16\$), HYKA.

³²² Helsingin yliopiston lääketieteellisen tiedekunnan tutkintovaatimukset 1931, 3.

³²³ Ylioppilaskalenteri 1931, 56–57.

³²⁴ Esim. Kallio 1973, 58.

³²⁵ Ylioppilaskalenteri 1931, 367.

³²⁶ Ahde Veikko: Lääketieteenkandidaattiseuran toimintakertomus v. 1939. Medisiinari joulukuu 1940, 19–22; Schulman Rolf: Lääketieteenkandidaattiseura paikanvälittäjänä. Medisiinari 2/1937, 12–13; Medicinarklubben Thorax 1956, 35.

³²⁷ Turpeinen Eero: Piirteitä Lääketieteenkandidaattiseuran toiminnasta. Medisiinari 2/1937, 9–12.

kenellä oli varaa odotella pääsyä toimeen hyvälle klinikalle, oli etulyöntiasema, kun taas toiset saivat tyytyä yhteen palvelukseen, johon valmistumaisillaan oleva saattoi päästä kladijärjestyksen ohi. Kandidaattien vetoomukset eivät saaneet vastakaikua, eikä palkkoja sillä erää korotettu. Tässä yhteydessä esitettiin kandidaattien kokouksessa lakkoon ryhtymistä painostuskeinona, mutta ehdotus ei saanut enemmistön kannatusta.³²⁸

Amanuenssuurien lisäksi vanhemmilla kandidaateilla oli mahdollisuus päästä harjoittelijoiksi moniin sairaaloihin ja parantoloihin. Tämä oli yleensä työskentelyä palkattomana vapaaehtoisena avustajalääkärinä eli ”volontäärinä”.³²⁹ Matti Sulamaa on muistellut, että 1930-luvulla kandidaatit pitivät 3–4 amanuenssuurin suorittamista ja puolen vuoden voluntääriassistenttikautta tärkeimpänä käytännön pääomana ammattiin.³³⁰ Vapaaehtoisten avustajalääkärien virkojen järjestelmä oli luotu vuonna 1908 asetuksella, jonka mukaan jokaiseen Helsingin yleisen sairaalan osastoon sai ottaa vapaaehtoisia avustajalääkäreitä, joille ei tarvinnut maksaa palkkaa. Myöhemmin järjestelmä laajeni muualle maahan. Työstä voluntäärinä sai kuitenkin laskea hyväksi virkavuosia, ja viroissa saattoi hankkia pohjaa tulevalle erikoistumiselle. Lääkäriliitto ja vuonna 1928 perustettu Suomen Avustajalääkäriyhdistys yrittivät puuttua palkattomiin virkoihin, jotta niitä ei käytettäisi palkallisen työvoiman korvaajina vaan virat säilyisivät asetuksen mukaisina opetusvirkoina.³³¹

Yleensä vapaaehtoisena avustajalääkärinä toimittiin kokemuksen kartuttamiseksi ja tulevaa erikoistumista silmälläpitäen. Lääkärikunnan jakautuminen yleis- ja erikoislääkäreihin oli alkanut vähitellen lääkärimäärän kasvaessa, ja spesialisteja alkoi olla erityisesti suurissa kaupungeissa. Lääkäriliitto päätti yleisessä kokouksessaan vuonna 1917, että liiton jäsenen oli perehdyttävä perusteellisin erikoisopinnoihin siihen alaan, jonka specialistiksi hän halusi itsensä ilmoittaa. Ensin paikalliset lääkäriyhdistykset valvoivat erikoispätevyyksiä. Vuonna 1931 Lääkäriliitto loi koko maata koskevat säännöt erikoistumiselle ja valvonta siirtyi liitolle. Minimivaatimuksena oli vuoden työskentely yleislääkärin toimessa ja kahden vuoden työskentely kyseisellä erikoisalalla yliopiston sairaalassa tai vastaavassa. Erikoistuminen alkoi näkyä sairaaloissa 1920- ja 1930-luvuilla, jolloin aiemmin lähinnä kirurgisiin toimenpiteisiin keskittyneisiin sairaaloihin tuli ensin sisätautien sekä synnytys- ja naistentautien osastoja, sitten muitakin.³³² Erikoistumisen yleistyminen ja erikoisalojen kehitys eivät kuitenkaan vielä vaikuttaneet lääketieteen opintoihin. Suurin

328 Frey Carl: Amanuenssikysymyksestä. *Medisiinari* 2/1937, 3–7, 26; Kaunisto Yrjö: N.s. ”viimeisen tentin” oikeus. *Medisiinari* 2/1937, 16–17; Jälkimmäin keja amanuenssikysymyksestä. *Medisiinari* 4/1938, 20–21; Lääketieteen kandidaattien yhteisen kokouksen ptk 9.11.1938, 14.11.1938 sekä LKS:n talouskokouksen ptk 2.11.1938, mapissa LKS 1934–1935, LKSA. Ilmeisesti lakkoa vastustivat erityisesti ruotsinkieliset kandidaatit, sillä LKS:n talouskokouksessa 1938 suurin osa kannatti lakkoa, ks. myös Mäkimattila 1958, 68.

329 Helsingin yliopiston lääketieteellisen tiedekunnan tutkintovaatimukset 1931, 3.

330 Sulamaa Matti, pääkirjoitus: Amanuenssipalvelu ennen ja nyt. *SLL* 14/1968, 1252–1253; Myös Sulamaa 1971, 13.

331 Levä 2010, 253–254; Myös Tuovinen P. I.: Vapaaehtoisten apulaislääkärin toimista Yliopiston sairaaloissa. *SLAik* 4/1939, 325–332.

332 Ilmolahti 2010, 338–339.

osa medisiinareista kouluttautui yleislääkäreiksi ja amanuenssuurit pyrittiin suorittamaan niillä aloilla, joilla oli suurin merkitys tulevalle toiminnalle yleislääkärinä.

* * * * *

Kaikille sama lääketieteellinen koulutus oli yhtenäisen ammattikunnan ja sen kulttuurin perusta. Lääkärien yhteisiä arvoja ja toimintatapoja sekä sivistyneistön roolin eetosta välitettiin hiljaisena tietona osana opintoja. Välittäjinä toimivat professorit sekä sairaaloiden apulaislääkärit, amanuenssit ja assistentit mutta myös opetustilojen symbolit ja opiskelijat itse. Ammattikunnan kulttuuri liittyi ennen kaikkea lääkärien suhteeseen potilaisiin, kollegoihin ja yhteiskuntaan – sen perustana oli pyrkimys olla ammattikunnan arvon mukainen lääkäri. Hiljaisen tiedon ohella näistä aiheista oli jonkin verran kirjallisia materiaaleja, ja niitä käsiteltiin jossain määrin opetuksessa. Ammattikunnan kulttuuri rakentui yleislääkärin, etenkin kunnanlääkärin ihannekuvan pohjalta. Siinä korostui yksilöeettinen näkökulma, jonka rinnalle tuli 1920–1930-luvuilla yhteiskunnallisempi etos. Kun yhteiskunta lisäsi lääkärien tehtäväkenttää, ammattikunta ryhtyi parantamaan kollegiaalisuutta ja korostamaan potilassuhteen merkitystä. Ammattikunnan yhtenäisyydestä tuli arvo ja sen kulttuuriin sosiaalistumisesta medisiinarien tärkeä tehtävä.

4. Yhteiskunnan aatteiden edistäjinä – sodan ja rauhan oloissa

Puhdas ja valkoinen isänmaa – kandidaattien aatemaailmaa

Vuonna 1911 professori Max Oker-Blom sivusi kirjassaan Lääkärintoimi ja sen etiikka lääkärin velvollisuuksia yksilöä ja yhteiskuntaa kohtaan, jotka eivät aina käyneet yhteen. Toisinaan edessä oli moraalinen ristiriita sen osalta, antaako potilaan pyytämää apua vai evätäkö se yhteiskunnan edun vuoksi. Tällaisia tapauksia olivat esimerkiksi kysymykset henkisesti ja fyysisesti ”heikompien” yksilöiden lisääntymisestä, jossa riskinä oli mahdollisesti ala-arvoisten jälkeläisten syntyminen. Yhteiskunnan etu vaikutti vaativan lisääntymisen estämisestä, mikä sopi huonosti yhteen lääkärin kutsumuksen perusajatuksen kanssa, joka oli taistelu elämän aatteen puolesta. Lääkärin velvollisuutena oli antaa kaikki mahdollinen apu hänen puoleensa kääntyneelle yksilölle. Lääkäri oli kuitenkin myös velvollinen edistämään tulevien sukupolvien terveyden ehtoja. Näissä tilanteissa yksilön ja yhteiskunnan edut asettuivat vastakkain. Oker-Blom jätti vaille valmista vastausta kysymyksen siitä, kumman etua lääkärin tuli seurata. Tämä oli jokaisen itse harkittava, mutta moraalisesti kumpakaan ratkaisua ei voinut tuomita. Oker-Blom vaikuttaa kallistuneen henkilökohtaisesti siihen, että lääkärien oli *”kai ensiksi pidettävä silmällä toimmemme päämäärää”* ja toiseksi yhteiskunnan etua.³³³ Oker-Blomin pohdintojen taustalla olivat vuosisadan alkupuolella lääkärikunnassa runsaasti kiinnostusta herättäneet

³³³ Oker-Blom 2000 (1911), 43–60.

eugeniikka- tai rotuhygieniateoriat, jotka olivat syntyneet perinnöllisyysajattelun leviämisen myötä. Oker-Blomin teksti huokuu vielä epävarmuutta siitä, miten lääkärikunnan tuli asiaan suhtautua. Oker-Blom itse ei enää ollut seuraamassa tämän kysymyksen kehitystä, sillä hän kuoli 54-vuotiaana vuonna 1917.³³⁴

Rotuhygieniassa oli kyse perinnöllisiksi oletettujen sairauksien ja sosiaalisten ongelmien periytymisen estämisestä yhteiskunnallisilla toimilla ja ”perimältään parhaan” väestön lisääntymisen rohkaisemisesta. Tavoitteena oli ehkäistä kansan oletettu degeneraatio ja vahvistaa arvokkaina pidettyjä ominaisuuksia. Markku Mattila on väitöstutkimuksessaan määritellyt rotuhygienian liikkeeksi, joka pyrki kansan rodunparannukseen tai -jalostukseen eli ”laatuisean yksilön” luomiseen oman väestön puitteissa. Kun toimet jakautuivat lääketieteellisiin ja väestöpoliittisiin, lääkärin oli otettava kantaa asiaan. Kelvottomana pidettyyn väestönsosaan kohdistettuja toimia olivat laitoksiin eristäminen, avioliittorajoitukset sekä abortit, steriloinnit ja kastroidit. Niiden kohteina olivat lähinnä mielisairaat, tylsämieliset, kaatumatautiset, alkoholistit ja rikolliset. Rotuhygienian kannattajat ajoivat lainsäädäntöä, joka mahdollistaisi nämä toimet. Suomessa tämä toteutui vuoden 1929 avioliittolaisissa ja vuoden 1935 sterilisoimislaissa, joissa mallia otettiin muista Pohjoismaista. Sterilisoimislaki mahdollisti tylsä- ja vähämielisten sekä tiettyjen mielisairautta sairastavien ja seksuaalirikollisten pakkosteriloinnit sekä vapaaehtoiset steriloinnit laajemmin. Lain perusta oli rotuhygieeninen ja sosiaalinen. Rotuhygienia-ajattelu edisti myös suljettujen laitosten rakentamista.³³⁵

Aatteellisesti rotuhygienia toi biologian ja lääketieteen kielen yhteiskunnallisten ongelmien käsittelyyn, kuten Minna Harjula on todennut.³³⁶ Markku Mattilan mukaan rotuhygienia oli kansainvälisesti leimallisesti lääkärin liike ja ”medikaalisten ratkaisujen” tarjoamista sosiaaliin ongelmiin. Taustalla oli lääketieteen voimakas kehitys, joka vaikutti suotuisasti ammattikunnan itsetuntoon. Suomeen aatteet tulivat pääasiassa Ruotsista ja Saksasta, jonne lääkärit ja medisiinarit tekivät paljon opintomatkoja. Mattila toteaa, että suomalainen rotuhygienia oli asiantuntijoiden liike, jossa aktiivisia olivat tiedemiehet, lääketieteen ja sosiaalihuollon edustajat sekä eräät naisjärjestöt. Aate sai kannatusta ensin ruotsinkielisten keskuudessa 1910-luvulla, mikä liittyi kieliryhmän epävarmaan asemaan ja tulevaisuuteen. Käytännön valistustoimintaa organisoivat muun muassa lääketieteellisen tiedekunnan ruotsinkielisten professorien dominoima Florinin komitea (myöh. Samfundet Folkhälsan i Svenska Finland), jonka tarkoitus oli edistää ruotsinkielisen väestön terveyttä rotuhygieenisin toimin. Komiteaa johti ja sen hengen loi sisätautien professori Ossian Schauman, jonka lisäksi merkittävää valtaa käyttivät neurologian professori Jarl Hagelstam ja perinnöllisyystieteen professori Harry Federley. Lisäksi rotuhygieniasta kiinnostuivat psykiatrit. 1910- ja 1920-luvuilla eräissä laitoksissa tehtiin laittomia sterilointeja. Mattila on todennut, että vähitellen lääkärin asenteet sterilointiin muuttuivat myönteisemmiksi. Sisällissota antoi osaltaan lisä-

334 Muistokirjoitus: Max Oker-Blom. Tiedonantoja 4/1917, 285–289.

335 Mattila 1999, 12–18, 310–324; Harjula 2007, 40–54; Nyström 2010(b), 215–216; Myös Mäkelä Väinö: Historiallinen katsaus sterilisoimis- ja kastroidislakien syntyyn. SLAik 5/1936, 122–221.

336 Harjula 2007, 42.

pontta ajattelun leviämislle. Laittomista steriloinneista tuli ”maan tapa” 1920- ja 1930-lukujen vaihteessa, jolloin ne saivat lääkärikunnan tuen. Tapaustutkimuksen valossa Mattila toteaa, että tuolloin abortoitiin ja steriloidtiin raskaana olleita miehisairaita, tylsämielisiä ja epileptikkoja ja että tässä lääkärit toimivat aloitteellisinä – Mattilan arvion mukaan he ehdottivat toimenpiteitä rotuhygieniestä syistä. Poliittisesti rotuhygieniää kannatettiin lopulta yli puoluerajojen, ja sterilisoimislaki sai eduskunnassa vahvan tuen.³³⁷

Sterilisoimiskomiteaan kuuluivat Federley, kirurgian professori A. J. Palmén ja Nikkilän mielisairaalan ylilääkäri, myöhempi lääkintöneuvos E. J. Horelli. Palmén on myöhemmin muistellut, että jo vuonna 1922 Finska Läkaresällskapet, Duodecim ja Psykiatrinen yhdistys olivat esittäneet lääkintöhallitukselle, että rotubiologisia kysymyksiä selvitettäisiin väestön perinnöllisesti heikkojen aineiden lisääntymisen näkökulmasta ja harkittaisiin steriloinnin ottamista käyttöön. Palménin mukaan lakisäädösten puuttuessa moni lääkäri oli valinnan edessä, suorittaako vakaumuksensa mukaisesti tarpeellisenä pitämänsä sterilointi luvatta vai jättääkö ”epäilyttävä periytyminen” sattuman varaan. Näin Palmén tuo esille, että lääkärikunnassa oli tukea ajatukselle, että sterilointi oli toisinaan oikeutettu, välttämätönkin keino. Sterilisoimiskomitean työstä Palmén totesi vuonna 1968: *”Komitea oli tarkoituksellisesti noudattanut varovaista pidättyvyyttä tietoisena siitä, että lakia olisi uusien kokemusten mukaan tarkistettava. Sen jäsenet tunsivat kuitenkin tyydytystä oltuaan mukana vaikuttamassa siihen suuntaan, että lääkäriillä oli tilaisuus käyttää taitoaan yhteiskunnan ja sen jäsenten hyväksi muutenkin kuin sairaanhoidossa.”*³³⁸ Lainaus tuo esille lääkärin sitoutumisen yhteiskunnan kokonaisedun ajatukseen. Myös Mattila on painottanut, että lakiprosessin aikana tiettyjen ryhmien pakkosterilointia perusteltiin yhteiskunnan edun asettamisella yksilön edun edelle. Yhteiskunnan edun määrittelijäksi tuli lääkintöhallitus, jonka luvalla steriloinnin saattoi suorittaa.³³⁹

Rotuhygieniä liittyi lääkärikoulutuksessa sosiaalilääketieteen opetukseen. 1920-luvulla tiedekunnan opetusta sosiaalilääketieteessä hahmotteli professori Juho Jaakko Karvonen, joka oli aiemmin suhtautunut rotuhygienian tieteellisyteen kriittisesti. Muistiossaan tiedekunnalle sosiaalilääketieteen opetuksesta Karvonen ei käyttänytkaan rotuhygienian käsitettä. Karvonen kuitenkin katsoi oppiaineeseen kuuluviksi myös sosiaalisen hygienian kysymykset, kuten perinnöllisyyden.³⁴⁰ Silti Karvonen piti sosiaalilääketieteen opetuksen painopisteenä vakuutuslääketiedettä, lääkintöalan tilastojen laatimista ja sosiaalista lainsäädäntöä.³⁴¹ Oikeastaan

337 Mattila 1999, 69, 147–168, 185–193, 283–285, 339–340; Mattila 2003, 115–116; Harjula 2015, 119; Myös Nyström 2010(b), 215–217; Mäkelä Väinö: Historiallinen katsaus sterilisoimis- ja kastroimislakien syntyn. SLAik 5/1936, 122–221; Lääkärille luvallista ja luvatonta. Professori A. J. Palmén muistelee. SLL 31/1968, 2687–2688; Florinin komiteassa oli myös muita jäseniä, ja esim. fysiologian professori Robert Tigerstedt vastusti komiteassa rotuhygienisiä toimia. Ks. Mattila 1999, 185–193; Laittomia sterilointeja tehtiin Perttulan tylsämielisten hoitolaitoksessa 1910- ja 1920-luvuilla ja vuosina 1924–1941 ainakin Naistenklinikalla ja Kuopion lääninsairaalassa. Ks. Mattila 1999, 229–231, 249–254.

338 Lääkärille luvallista ja luvatonta. Professori A. J. Palmén muistelee. SLL 31/1968, 2687–2688.

339 Mattila 1999, 288, 312–314.

340 Karvosen muistio liitteenä lääket. tdk ptk 26.9.1922 (10§), HYKA.

341 Karvonen J. J.: Onko lääketieteellinen opetus yliopistossamme nykyään käytännössä toimivan lääkärin kannalta tarkoitustaan vastaava. Duodecim 1/1922, 1–12.

vasta sterilisointilain hyväksymisen jälkeen sosiaalilääketieteen opetukseen liitettiin rotuhygienia. Tuolloin lääkintöhallitus esitti vakinaisen lääkintälainsäädännön opettajan viran perustamista tiedekuntaan. Lausuntoehdotuksessaan professori A. J. Palmén toi esille, että Ruotsissa oli vastaavan opettajan alaan liitetty sosiaalinen lääketiede, terveydenhoidolliset kysymykset ja rotuhygienia. Palmén esitti, että tiedekunnassa huolehdittaisiin kuhunkin aineeseen sisältyvän sosiaalisen lääketieteen pakollisesta opetuksesta. Prosessin yhteydessä tiedekunnassa noteerattiin, että Saksassa oli järjestetty luentoja rotu- ja perinnöllisyysopissa, mutta tällaista opetusta ei vaadittu Suomeen, vaan nämä jäivät yksittäisiksi maininnoiksi.³⁴²

Rotuajattelu ilmeni myös antropologisena, rotubiologisena väestöryhmien tyyppittelynä ja fyysisten ominaisuuksien arvottamisena. Suomessa antropologisten tutkimusten perinne anatomian alalla oli pitkä. 1920-luvulla tutkimus sai poliittisiakin ulottuvuuksia. Ruotsinkielisillä antropologisten piirteiden kartoittamisen tavoitteena oli löytää eroja suomenkielisiin ja saada näin tukea poliittisille vaatimuksille. Suomenkielisillä pyrkimyksenä oli osoittaa ns. mongoliteorian paikkansa pitämättömyys ja suomalaisten yhteys eurooppalaisiin rotuihin. Tutkimukset osoittivat, että väestöryhmät eivät eronneet biologisilta ominaisuuksiltaan, vaan eroissa oli kyse kielestä ja kulttuurista.³⁴³ 1930-luvulla antropologisia mittauksia harrasti muun muassa dosentti, myöhempi professori Niilo Pesonen, joka oli myös kiinnostunut heimotyöstä ja tutki Suomen sukukansoja. Sota-aikana rotubiologiaa käytettiin poliittisiin tarkoituksiin. Pesonen suoritti Äänisniemen alueella antropologisia rotututkimuksia, joiden tavoitteena oli tuoda esille alueen väestön yhteyksiä suomalaisiin. Tutkimuksissa Pesosen apuna oli kolme lääketieteen opiskelijaa. Pesonen pyrki myös edistämään rotuhygienian ja perinnöllisten sairauksien tutkimusta ehdottamalla rotubiologisen tutkimuslaitoksen perustamista, mikä ei toteutunut. Vuonna 1942 Pesonen vieraili Berliinissä antropologian, perinnöllisyystieteen ja eugeniikan tutkimuslaitoksessa ja esitelmöi 17 Saksan kaupungissa Suomen ja sen itäisten äärialueiden rotuaineksista.³⁴⁴

Saksassa rotubiologia ja -hygienia ilmenivät kansallissosialistisessa rodunjalostuspolitiikassa 1930-luvulta alkaen. Tätä politiikkaa, ”yhteiskuntaruumiin” puhdistamista vieraista aineksista ja perinnöllisistä sairauksista, kuvasi vuonna 1942 *Terveydenhoitolehdessä* lääket. lis. Severi Savonen. Saksassa huomio kiinnittyi rodun merkitykseen perintötekijänä: ”rodun puhtaudesta” riippui kansan kyky ”suuriin kulttuurisaavutuksiin”. Kansan puhtauteen liittyi vieraiden aineiden torjuminen, mikä tarkoitti Saksassa lähinnä juutalaisia. Savonen selosti juutalaisiin kohdistuneita rajoituksia sekä käsitteli perinnöllisten tautien ehkäisykeinoja Saksassa. Hänen mukaansa lääkäreillä oli Saksassa tärkeä asema kansan kasvattajina ja toimihenkilöinä rotuhygienian alalla. Suomen osalta Savonen vaati toimia, jotka voi luokitella ns. positiiviseksi rotuhygieniaksi: syntyvyys oli saatava voimakkaaseen kasvuun, äitiys nostettava ”kunniasijalle” yhteiskunnassa ja sivistyneistön näytettävä esimerkkiä lapsiluvun osalta. ”*Kun Saksa paraikaa suorittaa suurisuuntaista,*

342 Lääket. tdk ptk 28.4.1936 (14\$), 25.1.1938 (22\$), 22.3.1938 (27\$) liitteineen, HYKA.

343 Mattila 1999, 199–209; Ignatius 2012, 207–209; Niemi 1990, 36–37, 44–45, 62–64, 68–69.

344 Hietala 2006, 51, 119–128; Laine 1993, 164; Niemi 1990, 74–75.

tekisi mieli sanoa maailmanhistoriallista työtä kansan laadun parantamiseksi, antaa se meillekin erittäin vakavaa ajattelemisen aihetta”, Savonen päätti – rivien välistä on ehkä luettavissa, ettei suhtautuminen juutalaisten kohteluun ollut vielä vuonna 1942 täysin kielteistä.³⁴⁵

Vaikutteet rotuhygienia- ja rotubiologia-ajattelusta kulkeutuivat medisiinareille luultavasti yksittäisten opettajien kautta. Virallista opetusta tärkeämpää on ajan henkeä kuvastanut hiljainen tieto, joka ilmeni tavassa liittää rodullisiin ominaisuuksiin erilaisia arvostuksia.³⁴⁶ Lääketieteenkandidaattiseuran piirissä rotuajattelu ja eriarvoistaminen tuli esille suhtautumisessa juutalaisiin medisiinareihin. Keväällä 1934 LKS:n johtokunta selvitti tiedekunnassa opiskelevien juutalaisten lukumäärää ja sen suhdetta maan juutalaisten kokonaismäärään. Parin viikon päästä kokouksessa keskusteltiin toimenpiteisiin ryhtymisestä, jotta juutalaisten opiskelijoiden määrä rajoitettaisiin heidän kokonaismääränsä vastaavaksi. Johtokunta päätti lähettää asiasta kirjeen tiedekunnalle.³⁴⁷ Tällaista kirjettä ei luultavasti ole lähetetty tai se ei ole päätynyt tiedekunnan pöytäkirjoihin. Seuran juutalaisvastainen linja ilmeni myös muilla tavoin. Alkuvuodesta 1935 LKS sekaantui Kiikalan kunnanlääkärin nimitykseen, jossa suomenkieliselle paikkakunnalle oli nimitetty ”ruotsalais-juutalainen” kandidaatti viransijaiseksi helsinkiläisen ”suurpraktikuksen” tuella. Asiasta kirjelmöitiin Kunnanlääkäriyhdistyksen puheenjohtaja Einar Palménille ja toivottiin hänen ottavan asian esiin yhdistyksessä. Ilmeisesti LKS:n aloitteesta julkaistiin Kiikalan kuntaa paheksuvat kirjoitukset *Ylioppilaslehdessä* ja Isänmaallisen Kansanliikkeen *Ajan suunnassa*.³⁴⁸ Vuonna 1935 yhden medisiinarin jäsenyys seurassa evättiin juutalaisuuden vuoksi; johtokunta päätti hänelle *”vähän vihjaista minkä takia ei juutalaisia tarvita L.K.S.:ssa”*. Prosessi poiki kirjoituksen ”Juutalaisvainoa meilläkin” *Suomen Sosialidemokraatissa*. Siinä kerrottiin ”taantumukselliseksi” tunnetun LKS:n evänneen seuran jäsenyyden juutalaisilta ja katsottiin kyseessä olleen rotu-, ei kielikysymys.³⁴⁹ Vaikka LKS:n juutalaisvastaisuudessa myös kielikysymyksellä saattoi olla oma roolinsa, lehden arvio lienee tässä tapauksessa oikea, sillä ruotsinkieliset eivät pääsääntöisesti hakenneet LKS:n jäsenyyttä.

Vaatimuksella juutalaisopiskelijoiden määrän rajoittamisesta oli juuret Euroopan juutalaisvastaisessa ilmapiirissä. Kansallissosialistien noustua valtaan Saksassa vuonna 1933 annettiin varsin pian useita juutalaisvastaisia lakeja ja säädöksiä. Kouluihin ja yliopistoihin määrättiin rotukohtaiset kiintiöt, ja juutalaissyntyiset opettajat erotettiin yliopistoista. Jari Hanski on todennut väitöskirjassaan, että Suomessa 1920- ja 1930-lukujen äärioikeiston lehtikirjoitteluun liittyi pelko siitä, että juutalai-

345 Savonen Severi: Rotu ja terveys. Rodun heikkenemistä on käytävä torjumaan. Terveystieteiden aikakauslehti 3/1942, 62–67.

346 Tämä tulee esille 1930-luvun rotuhygienia-ajattelua edustaneen, sterilisointikomitean jäsen professori A. J. Palménin vuonna 1956 ilmestyneestä Lääkärin etiikka -kirjasta, ks. Palmén 1956, 63–65.

347 LKS:n johtokunnan ptk 6.4.1963 (7§), 24.4.1934 (6§), LKSA.

348 Kirjeet Palménille 25.2.1935 ja 23.3.1935 mapissa LKS 1934–1935, LKSA; LKS:n johtokunnan ptk 19.3.1935 (5§), LKSA; Lehtileikkeet: Nähtyä ja kuultua. Ylioppilaslehti 27.4.1935 ja Ajan suunta 25.4.1935, erillisessä kirjassa Juoksevia asioita, sihteeri, LKSA.

349 LKS:n johtokunnan ptk 5.11.1935 (4§), 19.11.1935 (1§), LKSA; Juutalaisvainoa meilläkin. Suomen Sosialidemokraatti 1.11.1935, 1.

set valtaisivat yhteiskunnan avainasemia ja paikkoja, kuten juuri opiskelupaikkoja yliopistoissa.³⁵⁰ Romanianlainen historioitsija Ana-Maria Stan on tutkinut kiinnostavaa tapausta Clujin yliopistossa vuonna 1922, jossa lääketieteen opiskelijayhteisö vaati juutalaisten määrän vähentämistä tiedekunnassa. Taustalla oli opetustilojen ahtaus, ja medisiinarit vaativat myös sisäänpääsyrajoitusten ja -kokeiden asettamista sekä romanialaia ainoaksi opetuskieleksi. Tiedekunnan opiskelijoista noin puolet oli juutalaisia ja puolet romanialaisia, joten ryhmien välit kärjistyivät ja yhteenototakin sattui. Tapaukset lääketieteellisessä tiedekunnassa käynnistivät juutalaisvastaiset opiskelijamielenosoitukset Clujin kaupungissa ja sittemmin myös muissa yliopistokaupungeissa. Kaikkialla vaadittiin sisäänpääsyrajoituksia, mikä merkitsi juutalaisten ja muiden vähemmistöjen määrän alentamista yliopistoissa siten, että se olisi suhteessa heidän osuuteensa väestöstä. Yliopistot ja valtiovalta eivät opiskelijoiden vaatimuksiin suostuneet, mikä johti pitkälliseen konfliktiin. Tapauksissa oli kyse antisemitismin ohella laajemminkin vastikään itsenäistyneen yhteiskunnan sosiaalisista ja etnisistä ongelmista, mutta myös opiskelijoiden politisoitumisesta nationalistisiin tunnuksiin sekä pyrkimyksestä luoda romanialaista koulutettua eliittiä ja määritellä kansakunnan kulttuurista identiteettiä.³⁵¹ Suomen ja Romanian, kahden ensimmäisen maailmansodan jälkeen itsenäistyneen valtion opiskelijoiden kansallismielisissä pyrkimyksissä luoda omaa identiteettiä ja kulttuuria on selviä yhtäläisyyksiä.

LKS:n johtokunta edusti vain osaa medisiinarikunnasta, joten pitkälle meneviä johtopäätöksiä kandidaattien mielipiteistä asiassa ei voi tehdä. Sen sijaan lähdemateriaali osoittaa medisiinarien sitoutumista valkoisen porvarillisen Suomen aatteisiin: osallistuminen isänmaallisiin harrastuksiin oli varsin itsestään selvää aatteellista aktiivisuutta. Tällaista oli toiminta suojeluskunnissa ja lääkintäupseerikurssien suorittaminen sekä ”vapaussodan” ja jääkärien muiston vaaliminen. Mies Reenkola on luonnehtinut muistelmissaan suomenkielisiä medisiinareita seuraavasti: *”Oliban meidänkin ehdoton enemmistöimme jyrkästi oikeistolaisia ja ankarasti suomenmielisiä --.”* Lääkärikunnan samaistuminen poliittiseen oikeistoon tulee monilla tavoin esille.³⁵² Esimerkiksi vuoden 1927 lääkintöhallituksen pääjohtajan nimitysprosessissa lääkärikunta asettui voimakkaasti kannattamaan tunnettua kokoomusvaikuttajaa, lääket. ja kir. tohtori Eino Suolahtea. Nimitetyksi tuli kuitenkin sosialidemokratien kansanedustaja, lääket. lis. Hannes Ryömä. Nimitys aiheutti suurta närkästystä lääkärikunnassa, ja sitä luonnehdittiin poliittiseksi. Lääkärikunta suhtautui koko Ryömän pääjohtajakauden ajan nihkeästi lääkintöhallitukseen. Suolahti itse toimi

350 Hanski 2006, 17, 109, 122, 143–144, 235–236; Hietala 2006, 35; Juutalaisvastaisuudella oli pitkät juuret, esim. Venäjällä asetettiin juutalaisille kiintiöitä yliopistoihin jo 1800-luvun lopulla. Ks. Anderson 2004, 251.

351 Stan 2016.

352 Reenkola 1976, 126, 166, 193; Myös puheenjohtajien avaussanat Lääkäriliiton yleisissä kokouksissa vuosina 1931 ja 1939, ks. X yleisen kokouksen ptk 25–26.9.1931. SLAik 5/1931, 315–344 ja XIV yleisen kokouksen ptk, 23–24.9.1939. SLAik 6/1939, 397–415; Suojeluskunta-aatteen merkityksestä myös E.P.: Hyvä toveruus edelleen tarpeen. Etelä-Pohjanmaan Lääkäri-seura vietti perustamisensa 60-vuotisjuhlaa. SLL 31/1977, 2316–2318; Lääkärikunnan epäluuloisesta suhtautumisesta työväestölle henkivakuutuksensa suunnanneeseen Kansa-yhtiöön, ks. Levä 2010, 251–252.

Lääkäriliiton puheenjohtajana vuosina 1928–1933. Talvisodan aikana hänet nimitettiin puolustusvoimien ylilääkäriksi.³⁵³

Lääketieteenkandidaattiseuran *Medisiinari*-lehdessä kannustettiin medisiinareita lääkintäsuojeluskunnan toimintaan ja kouluttautumaan lääkintäupseereiksi. Vuonna 1937 lääkintäeverstilutnantti T. J. Salo suositteli, että kandidaatit hakeutuisivat armeijaan palveltuaan klinikoilla neljä lukukautta, jolloin heidän oli mahdollista toimia apulaislääkäreinä asevelvollisuusaikanaan. Medisiinarin oli suoritettava ensin lääkintähuoltokoulu ja palveltava alokasaikana joukko-osaston sairaalassa ennen aliupseeri- ja reserviupseerikoulutusta. Palvelusajan päätyttyä kandidaatti korotettiin reservin lääkintäluutnantiksi. Asepalveluksen jo suorittaneiden oli mahdollista osallistua erillisille lääkintäupseerikursseille.³⁵⁴ Lisäksi Helsingissä toimi vuonna 1927 perustettu lääkintäsuojeluskunta. Sen kurssien ohjelmassa oli erilaisia harjoituksia rintaman lääkintähuollossa ja yleissotilaallista opetusta. Suojeluskunnan toimintaa esitteli *Medisiinari*-lehdessä Esko Helske, jonka kandidaateille suuntaamat sanat enteilivät jo sota: ”Lääkärinä sinä lopuksi kuitenkin joudut palvelemaan tulevassa sodassa, jonka inhimillisellä todennäköisyydellä vielä elinaikamme saamme kokea.”³⁵⁵ Lääkärit ottivatkin omakseen valmentautumisen sodan varalta, kuten vuodesta 1938 puolustusvoimien pääesikunnan lääkintäosaston toimistopäällikkönä ja vuodesta 1953 puolustuslaitoksen ylilääkärinä toiminut Pekka Somer myöhemmin arvioi. Somerin mukaan vuoteen 1939 mennessä 85 prosenttia alle 60-vuotiaista lääkäreistä oli saanut lääkintäupseerin tai upseerin koulutuksen ja arvon.³⁵⁶

Tiedekunta kannusti osaltaan medisiinareita maanpuolustusaatteissa, sillä asevelvollisuuden suorittamisesta annettiin vuodesta 1932 yhden vuoden hyvitys kladijärjestyksessä. Tämä tarkoitti sitä, että kladissa armeijan käyneet ohittivat aiemmin valmistuneet, jotka eivät olleet suorittaneet asevelvollisuuttaan.³⁵⁷ Kandidaatit eivät kokeneet järjestelmää täysin oikeudenmukaiseksi, ja esimerkiksi vuonna 1935 klinikoille jonottaneet huomauttivat tiedekunnalle naisten huonommasta asemasta kladissa.³⁵⁸ Myöhemmin tiedekunta muutti määräyksiä siten, että asevelvollisena oli palveltava vähintään vuosi (aiemman puolen vuoden sijaan) hyvityksen saamiseksi. Hyvityksen sai sekä ylioppilaana että kandidaattina suoritetusta palveluksesta. Naisten asemaan ei käydyssä keskustelussa viitattu. Sen sijaan tiedekunnan ja kandidaattien käymästä kirjeenvaihdosta tulee esille, että hyvityksessä ei ollut kyse niinkään menetetystä ajasta vaan se katsottiin myös tiedekunnan antamaksi palkkioksi asevelvollisuuden suorittamisesta.³⁵⁹ Opetusohjelmassa sotaan varautuminen

353 Leikola 2009, 199–207, 322–327, 351–352.

354 Salo T. J.: Lääkintäupseerin koulutus. *Medisiinari* 1/1937, 4–5.

355 Helske Esko: Lääkintäsuojeluskunnan toiminnasta. *Medisiinari* 2/1938, 21–23.

356 Somer Pekka: Kaatuneiden lääkärien Pro-Patria-aulun paljastuspuhe. SLL 7/1960, 394–398; Myös Lääkärinä sodassa 1989, 21.

357 Lääket. tdk ptk 23.2.1932 (6\$), 15.3.1932 (14\$) liitteineen, HYKA.

358 Lääket. tdk ptk 21.5.1935 (11\$), 28.5.1935 (9\$), HYKA.

359 Lääket. tdk ptk 11.2.1936 (12\$), 18.2.1936 (8\$), 24.3.1936 (5\$), 31.3.1936 (17\$), 7.4.1936 (9\$) liitteineen, HYKA.

näkyi siten, että mukaan tuli kurssi taistelukaasumyrkytyksistä ja niiden hoidosta.³⁶⁰ Sotilaslääkäri Bruno Nyström kirjoitti vuonna 1931 Lääkäriliiton Aikakauslehdessä, että kaikkien lääkäreiden oli varauduttava hoitamaan kaasumyrkytyksen saaneita, sillä tuleva sota tulisi olemaan ”ett aero-kemiskt krig”, ilma- ja kaasusota.³⁶¹

Sotaan varautuminen konkretisoitui kesällä 1939: osakunnat organisoivat ylioppilaita Karjalan Kannakselle linnoitustöihin ja myös lääketieteellinen tiedekunta päätti sotaväen ylilääkärin pyynnöstä oikeuttaa kandidaatit toimimaan linnoitustöiden tapaturma-asemien avustavina lääkäreinä.³⁶² Linnoitustöihin osallistuminen oli vapaaehtoista, mutta kuten myöhempi sisätautiopin professori Otto Wegelius on muistelmissaan kirjoittanut, osallistumiseen suhtauduttiin nuorten lääketieteen ylioppilaiden keskuudessa itsestään selvästi positiivisesti.³⁶³ LKS:n jäsenet osallistuivat keväällä myös lääkintävarikolla lääkkeiden pakkaamiseen.³⁶⁴ Syksyllä Saksan hyökättyä Puolaan sodan uhka oli Suomessakin jo tuntuva. Lokakuussa suurin osa miesylioppilaista ja -kandidaateista kutsuttiin ylimääräisiin kertausharjoitukseen (YH). Yliopiston opetus ja toiminta keskeytettiin muuten paitsi odontologian laitoksella.³⁶⁵ Naisia koski kesän 1939 laki työvelvollisuudesta, joka velvoitti määräyksestä työskentelemään maanpuolustusta hyödyttävissä tehtävissä. Näin olleiden miesten lähdettyä kertausharjoituksiin, naislääkärit ja -kandidaatit määrättiin maaseudun kuntiin paikkaamaan lääkäripuutetta.³⁶⁶

Marraskuussa opetusta päätettiin jatkaa. Lääketieteellisessä tiedekunnassa toimittiin jo tässä vaiheessa yhteistyössä puolustusministeriön lääkintäosaston kanssa. Ylimääräisistä kertausharjoituksista vapautettiin kolmen ensimmäisen kurssin kandidaatit, jotka saattoivat näin aloittaa klinikoilla. Tiedekunta päätti, että tavanomaisen opetuksen lisäksi heille annettaisiin yhteistyössä puolustuslaitoksen kanssa yhteiset kurssit lääkintätaktiikasta ja lääkintähuollon järjestelyistä armeijassa, sotakirurgiassa, kaasusairauksissa, sotahygieniassa ja -bakteriologiassa sekä tietyillä erikoisaloilla armeijan olosuhteisiin sovellettuna.³⁶⁷ Sotaan varautumisen ilmapiiri levisi ja ilmeni medisiinarien maanpuolustusharrastuksissa: Otto Wegeliuksenkin osallistui opiskelijatovereidensa kanssa lääkintäsuojeluskunnan toimintaan, ”sotavalmisteluihin”.³⁶⁸

360 Lääket. tdk ptk 16.2.1932 (4§), 28.1.1936 (9§), 11.2.1936 (11§), HYKA.

361 Nyström Bruno: Om undervisning för läkare och medicinekandidater i gasskydd och vård av gasskadade. SLAik 4/1931, 302–307.

362 Lääket. tdk ptk 9.5.1939 (21§), HYKA; Myös Kaarninen 2006, 145.

363 Wegelius 1998, 36.

364 Ahde Veikko: Lääketieteenkandidaattiseurain toimintakertomus v. 1939. Medisiinari 1940, 19–22.

365 Klinge 1990, 134; Kaarninen 2006, 144.

366 Laurent 2005, 8–9.

367 Lääket. tdk ptk 28.10.1939 (1§), HYKA.

368 Wegelius 1998, 37.

Sota-ajan lääkärikoulu rintamalla ja yliopistolla

Talvisota alkoi 30. marraskuuta 1939, jolloin Neuvostoliiton puna-armeija aloitti hyökkäyksen Suomeen. Helsingin ilmapommitukset keskeyttivät yliopiston toiminnan kokonaan. Lääkäreitä tarvittiin sodassa paljon, joten myös kuukauden pituisen propeudeuttisen kurssin suorittaneet kandidaatit määrättiin puolustusvoimien lääkintähuollon palvelukseen. Lääkärit työskentelivät rintamalla kompanioissa ja pataljoonissa, joukkosidonta- ja pääsidontapaikoilla, lääkintäkomppanioissa, kenttä- ja sotasairaaloissa sekä vankileireillä. Professorit ja tiedekunnan muut opettajat komennettiin pääosin sotasairaaloihin. Kaikista alle 60-vuotiaista mieslääkäreistä 80–85 prosenttia palveli puolustusvoimissa sotien aikana, ja suurin osa oli palveluksessa koko ajan. Lääkärien tehtäviin kuului armeijan terveyden ylläpitäminen ja haavoittuneista huolehtiminen. Samalla oli hoidettava väestön normaali terveyden- ja sairaanhoito, mikä jäi naislääkäreille ja -kandidaateille sekä yli 60-vuotiaille mieslääkäreille. Varsinaisten sotatoimien lisäksi terveydenhuollossa oli taisteltava kulkutautien ja elintarvikepulan seurauksia vastaan.³⁶⁹

Talvisodan aikana vanhimmat kandidaatit saivat vastuullisia tehtäviä mutta yleisesti kandidaattien kokemukset vaihtelivat paljon sijoituspaikasta riippuen, kuten muistelmista poimitut esimerkit osoittavat. Lääkintäkapteeni Eero Purasen johtamaan kenttäsairaalaan tuli kolme osastoa, kaksi kirurgista ja yksi sisätautien osasto. Kirurgisia osastoja johtivat Puranen ja Mies Reenkola, joiden apulaisina olivat kaikki klinikat palvelleet kandidaatit Wille Waris ja Wilhelm Starck. Sisätautien osastolla toimivat kandidaatit Tauno Kalaja ja Oscar Parland.³⁷⁰ Kenttäsairaalassa työskentely oli taisteluiden aikaan ympärivuorokautista, ja toiminta oli painottunut ensiavun lisäksi pienempiin kirurgisiin ja muihin operaatioihin.³⁷¹ Lääket. kand. Timo Jääskeläinen oli suorittanut kaksi kliinistä ja alun kolmatta kurssia, ja hän toimi pataljoonan lääkärinä Karjalan kannaksella. Jääskeläinen antoi joukkosidontapaikalla ensiavun luonteista hoitoa. JSP:t rintamalla olivat lähellä taisteluita, ja niissä lääkäri pääsi näkemään koko haavoittuneiden vammojen kirjon, kuten Jääskeläinen on muistellut.³⁷² Vasta valmistunut lääket. kand. Lauri Rauramo toimi Imatralla sotasairaalassa komendanttina (vastasi lähinnä hallintojohtajaa), ja hänellä varsinainen lääkärintyö jäi olemattomaksi.³⁷³ Lääketieteen ylioppilaat hakivat oppia poikkeuksellisilla tavoilla. Otto Wegelius seurasi talvisodan alkamisen aikoihin opiskelijatoveriensä kanssa dosentti Fredrik Saltzmanin työtä Marian sairaalassa, vaikka he eivät olleet aloittaneet edes kandidaattiopintojaan. Näin heidän joukkonsa sai myös ensikosketuksen ruumiinavauksiin – ennen anatomian opintojen alkamista. Täytettyään 19 vuotta Wegelius hakeutui vapaaehtoiseen maanpuolustuspalvelukseen ja ehti osallistua talvisodan taisteluihin eturintamalla.³⁷⁴ Lääket. yo Ole Wasz-Höckert taas kävi muiden lääketieteen ylioppilaiden kanssa lääkin-

369 Nyström 2010(c), 437–441; Kaarninen 2006, 203; Lääkärinä sodassa 1989, 71.

370 Reenkola 1976, 214.

371 Lääkärinä sodassa 1989, 145–148.

372 Lääkärinä sodassa 1989, 49–50.

373 Lääkärinä sodassa 1989, 208–210.

374 Wegelius 1998, 37–52.

täupseerikurssin keväällä 1940, jolla opettajina toimivat muun muassa myöhempi oikeuslääketieteen professori Unto Uotila, kirurgian professori A. J. Palmén ja myöhempi Turun yliopiston kirurgian professori A. R. Klossner. Tämän jälkeen ylioppilaat suorittivat reserviupseerikoulun ja välirauhan aikana kandidaattitutkintonsa.³⁷⁵

Naisten talvisota oli toisenlainen, mutta kokonaisuutena naisylioppilaat olivat aktiivisia osallistumaan sodanaikaiseen työpalveluun.³⁷⁶ Lääket. yo Aura Pentti kuului ylioppilaslottiin ja osallistui lottatyöhön jo yleisten kertausharjoitusten aikana. Talvisodan aikana Pentti toimi lääkintälottana Kokkolan sotavankisairaалassa. Siellä oli lääkärin apulaisena lääket. kand. Mauri Ryömä, joka sitten otettiin kesken kaiken kommunistina turvasäilöön.³⁷⁷ Lääket. lis. Tauno Kotilainen on maininnut muistelmissaan talvisodasta, että hänen apunaan oli Moisio sotasairaалassa Mikkeliissä kaksi naiskandidaattia.³⁷⁸ Helene Laurent on tutkinut talous- ja sosiaalishistorian kandidaattityössään 12 naispuolista lääketieteen kandidaattia, jotka toimivat maalaiskuntien lääkärinä sijaisina eri puolilla Suomea talvisodan aikana ja jotka kirjoittivat kokemuksistaan myöhemmin hygienian kurssityönsä. Naiset olivat kaikki yhtä lukuun ottamatta vuoden 1935 kandidaatteja. Yksitoista heistä toimi kunnanlääkäreiden viransijaisina ja yksi virkaa tekevänä piirilääkärinä. Useampi toimi syrjäisissä, eristyneissä kunnissa ja yleensä ainoana lääkärinä. Sodan puhjettua paikkakunnat tyhjäntyivät muusta terveydenhuoltohenkilöstöstä, kun kättilöt, terveyssisarot ym. joutuivat puolustusvoimien palvelukseen. Osa naiskandidaateista työskenteli yksinäisissä ja vaikeissa oloissa etenkin sen jälkeen, kun paikkakunnille saapui evakuoitua väestöä ja heidän mukanaan kulkutauteja. Erityistä huomiota he kiinnittivät lasten terveyteen ja heidän hoitoonsa; sotien aikana Suomessa käynnistyi sitten äitiys- ja lastenneuvolatoiminta. Laurent ei kuitenkaan löytänyt teksteistä mainintoja jaksamisongelmista eikä sukupuolesta mahdollisesti johtuneista vaikeuksista.³⁷⁹

Talvisota päättyi Moskovan rauhansopimuksen allekirjoittamisen myötä 13. maaliskuuta 1940. Lääkärinä muistelmissa tulee esille suru ja katkeruus raskaista rauhanhetoista ja Viipurin menetyksestä. Samalla sodan uhka jäi leijumaan ilmaan.³⁸⁰ Yliopistolla opetustoiminta käynnistyi ensin lääkärikoulutusta palvelevissa laitoksissa; lääketieteellinen tiedekunta sai kanslerin erikoisluvalla jatkaa opetusta kesällä. Talvisodan aikana oli yhteiskunnassa selkeästi herätty siihen, että maan lääkärimäärä oli aivan liian vähäinen. Tiedekunta antoi medisiinareille helpotuksia: puolustusvoimien ja siviililääkintälaitoksen palveluksessa olleet vanhimmat kandidaatit vapautettiin hygienian ja oikeuslääkeopin kursseista, koeobduktioista sekä ihotautien, kirurgian ja sisätautien poliklinikkapalveluksista.³⁸¹ Opiskelu jatkui mutta odottavissa tunnelmissa. Monille nuorille ylioppilaille välirauhan aika

375 Lääkärintyön muistoja 2006, 127.

376 Kolbe 1993, 247–248.

377 Lääkärinä sodassa 1989, 275–276

378 Lääkärinä sodassa 1989, 206.

379 Laurent 2005, 1, 5–6, 10–11, 14–16, 18–26.

380 Reenkola 1976, 226; Lääkärinä sodassa 1989, 64, 162, 222, 266; Kallio 1973, 117; Granit 1983, 126.

381 Lääket. tdk ptk 23.4.1940 (42\$, 44\$), 7.5.1940 (16\$), 21.5.1940 (16\$, 25\$), HYKA; Klinge 1990, 136.

merkitsi armeijapalveluksen jatkumista ja täydentämistä.³⁸² Lääkintäsuojeluskunnan jäsenmäärä lisääntyi, ja sen tilaisuuksissa välitettiin sodanaikaisia kokemuksia.³⁸³ Tiedekunnassa merkittävää oli, että ruuhka lääketieteellisellä linjalla oli saatu purettua ja kevään 1941 osalta esitettiin konsistorille sisäänottomääräksi klinisten kurssien enimmäismäärää eli 40 lukukaudessa.³⁸⁴

Mies Reenkola on muistelmissaan kuvannut, kuinka hän kuuli Saksan hyökäyksestä Neuvostoliittoon ollessaan apurahatutkijana Saksassa. Reenkola lähti välittömästi Suomeen ajatuksenaan *”Talvisodan koston hetki oli koittanut!”*.³⁸⁵ Jatkosota alkoi kesällä 1941, ja yliopiston toiminta keskeytyi jälleen. Lääketieteellinen tiedekunta kokoontui toukokuun jälkeen seuraavan kerran marraskuussa. Tällöin todettiin kanslerin suostumus, että tiedekunta saattoi antaa tutkintoja. Sittemmin opiskelua ryhdyttiin organisoimaan yhteistyössä päämajan lääkintäosaston kanssa. Tiedekunnassa annettiin opetusta niille kandidaattikursseille, jotka päämaja kulloinkin lomautti. Esimerkiksi keväällä 1942 lomautettiin I kurssin ja kesällä 1942 II kurssin kandidaatit. Koko kurssin ja sen opettajien yhtäaikainen lomauttaminen varmisti opintojen etenemisen, ja koko jatkosodan ajan toimittiin tämän järjestelmän puitteissa yhteistyössä päämajan kanssa – sodan loppuvaiheessa tosin kurssit keskeytettiin.³⁸⁶ Lomautetut kurssit opiskelivat pääsääntöisesti kolme kuukautta kerrallaan, ja myös amanuenssuurit lyhennettiin LKS:n aloitteesta kolmeen kuukauteen. Harjoittelupaikkojen määrää lisättiin sallimalla palveluksen suorittaminen tietyissä maaseudun sairaaloissa.³⁸⁷ Sota vaikutti jossain määrin opetuksen sisältöön, ja kandidaateille järjestettiin esimerkiksi kurssi kirurgisessa ensiavussa.³⁸⁸ Mervi Kaarninen on todennut, että lääketieteellisen tiedekunnan opiskelijat olivat muita paremmassa asemassa opiskelumahdollisuuksien suhteen, sillä lääkärikoulutus hyödytti suoraan armeijaa. Toisaalta medisiinareilla ei ollut juuri mahdollisuuksia itseopiskeluun rintamalla.³⁸⁹ Lääket. kand. Kauko Nieminen kirjoitti kurssinsa kohtaamisesta opintolomalla vuonna 1943: *”Hyvänä tuntui henki säilyneen erosta huolimatta ja ei halunnut toinen sotaa käynyt sen enempää sankarina esiintyä kuin toinenkaan. Ylipäänsä koko maailman olotilaa ei muistanut kukaan.”*³⁹⁰

Sota-aikana opiskelijoille annettiin myös helpotuksia. Yliopistotasolla opintojen helpottamista suunnitteli dekaanien muodostama komitea.³⁹¹ Dekaan Yrjö Reenpään ehdotuksia lääketieteen osalta olivat medikofilitutkinnon lyhentäminen,

³⁸² Klinge 1990, 142.

³⁸³ Lääkintäsuojeluskunnan. Medisiinari 1/1941, 19–20.

³⁸⁴ Lääket. tdk ptk 17.12.1940 (18§), HYKA.

³⁸⁵ Reenkola 1976, 243; Samoja tunnelmia myös Lääkärinä sodassa 1989, 77; Yleisemmin esim. Kivimäki 2015, 288.

³⁸⁶ Lääket. tdk ptk 11.11.1941 (3§), 30.12.1941 (9–10§), 28.4.1942 (6§), 13.10.1942 (11§), 2.2.1943 (13§), 15.6.1943 (19§) liitteineen, HYKA.

³⁸⁷ Lääket. tdk ptk 23.2.1943 (9§), 12.10.1943 (30§), HYKA; Lääkärinä sodassa 1989, 30; Wegelius 1998, 79; Ahde Veikko: Lääketieteen kandidaattiseuran toimintakertomus v. 1940. Medisiinari 2/1941, 9–10; Lääketieteenkandidaattiseura vuosina 1941–1943. Medisiinari 3/1944, 10–14.

³⁸⁸ Lääket. tdk ptk 15.12.1942 (18§), 9.2.1943 (19§) liitteineen, HYKA; Myös Kaarninen 2006, 154.

³⁸⁹ Kaarninen 2006, 157, 159, 177.

³⁹⁰ Kake II, pakina: Tähtikuponkeja. Medisiinari 1/1943, 12–14.

³⁹¹ Lääket. tdk ptk 9.12.1941 (14§) liitteineen, HYKA.

sisäänottomäärän suurentaminen, anatomian leikkelyharjoitusten vähentäminen sekä kandidaattien vapauttaminen sisätautien ja kirurgian poliklinisesta palveluksesta ja ruumiinavauskurssista. Lisäksi olisi lievennettävä tenttivaatimuksia ja lyhennettävä kurssveja vaarantamatta silti ”*opintojen arvoa ja välttämättömän ammatitaidon saavuttamista*”.³⁹² Helpotuksista toteutuivat vapautukset ruumiinavauksista, poliklinikkapalveluista sekä äidinkielen julkisesta kokeesta. Lisäksi päätettiin, että tentit eivät toistaiseksi vanhentuneet.³⁹³ Rintamalla olijoille tiedotettiin myös tenttimahdollisuuksista.³⁹⁴

Ajatus opintojen helpottamisesta jaettiin laajasti lääketieteellisessä tiedekunnassa, kuten kaksi esimerkkiä osoittavat. Syksyllä 1941 päätettiin hyväksyä kesällä sodan alkamisen vuoksi keskeytyneet kurssit sellaisinaan palveluiksi. Professori Harry Castrén esitti perusteluina, että kurssien opiskelijat olivat saavuttaneet puolustuslaitoksen palveluksessa ”*arvokasta käytännöllistä lääketieteellistä kokemusta*” sisätaudeissa ja kirurgiassa, kun taas psykiatria ei ollut lääkärikasvatuksessa niin keskeinen oppiaine.³⁹⁵ Toiseksi yksittäiset professorit saattoivat helpottaa tenttivaatimuksiaan. Otto Wegelius on kuvannut muistelmissaan farmakologian kandidaattitenttiään professori Yrjö Airilalle. Tentti alkoi siten, että Airila tiedusteli sotilasasuun puukeutuneelta Wegeliukselta, oliko tämä ollut rintamalla. Kun vastaus oli kyllä, Airila totesi, että sehän oli melkein hyväksytty tentti. ”Ryssien” ampumisesta tuli *cum laude*, ja kun Wegelius kysyttäessä tunnusti, ettei ollut ehtinyt opiskella farmakologiaa, professori sanoi: ”*No niin, kyllähän sen sitten ehtii! Niin sotapoika, tiedoistanne tässä tentissä saatte arvosanaksi magna cum laude approbatur.*”³⁹⁶ Näin ollen opintojen helpotuksia tehtiin sekä virallisesti tiedekunnan päätöksillä että henkilökohtaisesti professoritasolla. Sodan edetessä helpotuksia pohdittiin yliopistossa ja tiedekunnissa, ja erilaisia poikkeusjärjestelyjä opintojen edistämiseksi luotiin.³⁹⁷ Kandidaatit olivat itse aloitteellisia kladijärjestyksen asevelvollisuuspuiteiden muuttamiseksi. Asevelvollisuuden lisäksi hyvitystä annettiin nyt pakollisesta työpalvelusta esimerkiksi lottana, sairaanhoitajana, apusisarena, amanuenssina tai maataloustyössä. Samassa yhteydessä tiedekunta päätti myöntää hyvitystä raskauden vuoksi opintonsa keskeyttäneille naisille.³⁹⁸

392 Reenpään p.m. liitteenä lääket. tdk ptk 6.2.1942 (12\$), HYKA.

393 Lääket. tdk ptk 19.1.1943 (20\$), 12.10.1943 (29–30\$), 6.3.1945 (6\$), 20.3.1945 (7\$), 15.5.1945 (15\$) liitteen, HYKA.

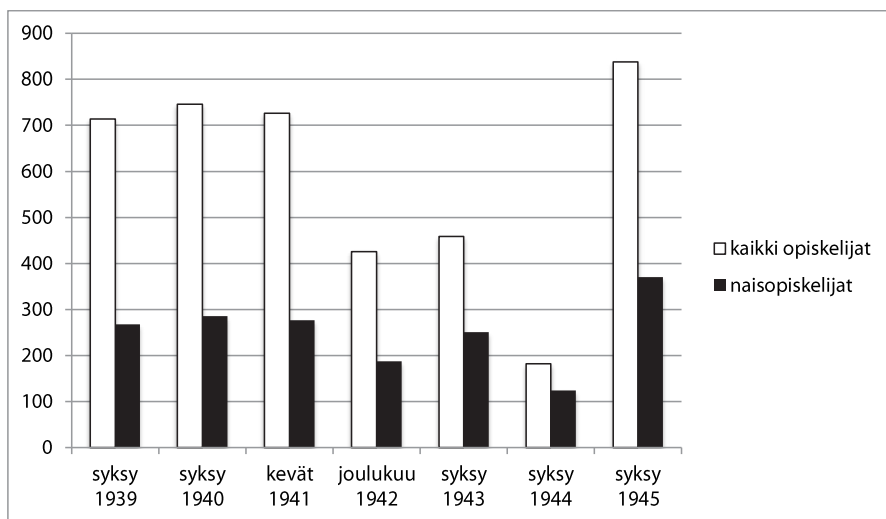
394 Lääket. tdk ptk 3.11.1942 (3\$), HYKA.

395 Lääket. tdk ptk 9.12.1941 (16\$) liitteen, HYKA.

396 Wegelius 1998, 54. Suomenkielinen lainaus on suoraan Wegeliuksen muistelmista.

397 Lääket. tdk ptk 15.9.1942 (25\$), 3.11.1942 (3\$), 23.2.1943 (9\$, 34\$), HYKA.

398 Lääket. tdk ptk 29.4.1941 (14\$), 13.5.1941 (15\$), 6.4.1943 (8\$), 20.4.1943 (5\$), 21.9.1943 (27\$) liitteen, HYKA.



Kaavio 3. Lääketieteellisen tiedekunnan läsnä olevat opiskelijat 1939–1945.³⁹⁹

Sodan aikana naisopiskelijoiden määrä tiedekunnassa kasvoi, kuten kaavio 3 ja liitetaulukko 1 osoittavat. Naisia oli läsnä olevista opiskelijoista 44 prosenttia syyslukukaudella 1942, 55 prosenttia seuraavana syksynä ja 68 prosenttia syksyllä 1944.⁴⁰⁰ On vaikea arvioida, ovatko lomautetut kandidaatit luvuissa mukana. Joka tapauksessa lukuihin sisältyvät sekä lääketieteen että hammaslääketieteen opiskelijat, joista jälkimmäinen linja oli naisvaltainen. Yleisesti voi todeta, että sodan aikana miesten tietä tiedekuntaan pyrittiin tasoittamaan. Esimerkiksi välirauhan aikana tiedekunta päätti ottaa sisään 17 miesylioppilasta kiintiön ohi, koska mieslääkäreistä oli pulaa ja kyseessä olleet henkilöt olivat osallistuneet asevelvollisina talvisotaan. Kolme naisylioppilasta anoi tämän jälkeen konsistorilta sisäänpääsyä, mikä ei johtanut tuloksiin.⁴⁰¹ Sodan aikaisia valintoja tutkiessa käy ilmi, että naiset hakeutuivat etenkin hammaslääkärilinjalle ja heitä myös ohjattiin sinne. Lääketieteelliselle linjalle haki ja valittiin lähes koko ajan enemmän miehiä kuin naisia. Tämä johtui luultavasti siitä, että miehille annettiin vuonna 1934 hyväksytyjen valintaperusteiden mukaan hyvitystä asevelvollisuudesta. Lisäksi otettiin huomioon heidän huonommat mahdollisuutensa korottaa arvosanoja.⁴⁰² Syksyllä 1942 konsistori pyrki saamaan 54 alkututkinnon suorittanutta miestä lomautetuiksi, jotta he pääsivät osallistumaan karsintaan, sekä joukon miesylioppilaita, jotta nämä voisivat suorittaa alkututkintonsa.⁴⁰³ Myös vuonna 1943 tiedekunta toivoi rintamalla olevien lomauttamista alkututkinnon suorittamista varten, jotta medisiinarikunnassa ei olisi vain naisia.⁴⁰⁴ Yleisestikin naisopiskelijoihin suhtauduttiin sodan aikana

399 Helsingin yliopiston luettelot 1939–1945.

400 Ks. liite 1 Helsingin yliopiston lääketieteellisen tiedekunnan läsnä olevat opiskelijat 1931–1969.

401 Lääket. tdk ptk 17.9.1940 (13\$), 24.9.1940 (15\$), HYKA.

402 Lääket. tdk ptk 20.10.1942 (5\$), 3.11.1942 (6\$), 1.12.1942 (18\$), 23.2.1943 (10\$), 21.9.1943 (25\$), HYKA.

403 Pienen konsistorin ptk 2.9.1942 (6\$), 23.9.1942 (1\$), 7.10.1942 (2\$), HYKA; Myös Kaarninen 2006, 157.

404 Lääket. tdk ptk 12.10.1943 (29\$), HYKA.

ristiriitaisesti, koska heillä ajateltiin olevan miehiä paremmat opiskelumahdollisuudet.⁴⁰⁵ Kuitenkaan lääketieteellinen tiedekunta ei vaikuta naisistuneen samalla tavalla kuin muut tiedekunnat, mihin kurssien lomautusjärjestelmä vaikutti.

Naisylioppilaiden määrän kasvusta tiedekunnassa esiintyi joka tapauksessa huolta, jonka taustalla vaikuttaa olleen ajatus, että lääkärin ammatti sopi paremmin miehille. Asenteesta naisten opiskeluun kertoo ehkä ”Kake purnaa”-palstan toteamus vuodelta 1938: *”Ja nämä kultaiset olennot – vaikka heidätkin on jossakin määrin vallannut opiskelutauti, toivottavasti tosin ohimenevästi – ovat kuulemma (boksikaverini mielestä) jalo suola elämässämme.”*⁴⁰⁶ Väli rauhan aikana LKS julkaisi opiskelijamäärän kasvusta ja tilanahtaudesta huolestuneen kannanoton. Muiden havaintojen lisäksi siinä huomautettiin, että vain 30 prosenttia naiskandidaateista ryhtyi valmistuttuaan käytännön lääkärintyöhön. Kirjoittajat totesivat: *”Aivan erikokoisesti kehotamme naisylioppilaita harkitsemaan opintomahdollisuuksiaan.”* (korostus tekstissä)⁴⁰⁷ Tiedekunta taas olisi halunnut asettaa rajat naisylioppilaiden pääsyle tiedekuntaan rauhan aikana. Perusteluina oli puolustusvoimien suuri lääkäritarve ja *”kokemus lisäksi osoittaa useiden naisten myöhemmin keskeyttävän opintonsa”*. Näin ollen tiedekunta esitti konsistorille tekemässään ehdotuksessa uudeksi tutkintojärjestelmäksi, että enintään 25 prosenttia sisään otettavista olisi naisia.⁴⁰⁸ Ehdotus otettiin mukaan aivan prosessin loppuvaiheessa syksyllä 1943.⁴⁰⁹ Lääkintöhallitus kannatti ehdotusta, ei ainoastaan armeijan tarpeiden vuoksi vaan myös maaseudun lääkärinvirkojen täyttymisen varmistamiseksi.⁴¹⁰ Sen sijaan LKS piti kiintiötä tarpeettomana, *”koska miesopiskelijoiden suurempi harrastus ja parempi kyky suoriutua tämäntapaisista karsinnoista pitänevät suhteen sopivana”*.⁴¹¹ Tiedekunnan ehdotus ei lopulta toteutunut, sillä konsistorin asettama toimikunta, joka valmisteli uudistusta edelleen suuren konsistorin päätettäväksi, ei tältä osin yhtynyt tiedekunnan ehdotukseen.⁴¹²

Naislääkäreitä tutkinut Heini Hakosalo on todennut, että lääkintöhallitus ja Lääkäriliitto pitivät sodan aikana huolta siitä, että kotirintamalla työskennelleet lääkärit, joista suurin osa oli naisia, eivät päässeet hyötymään rintamalla olleiden kollegojensa kustannuksella.⁴¹³ Tähän liittyi Lääkäriliiton jatkosodan aikainen ehdotus, että siviilirintaman lääkärit luovuttaisivat pienen summan kuukausittaisista tuloistaan taloudellisessa ahdingossa olevien kollegojen auttamiseksi. Maanpuolustustyössä olleet lääkärit pääsivät tienamaan ainoastaan lyhyillä työvapailia. Liitto oli perustanut talvisodan jälkeen rahaston sodasta eniten kärsineiden ja kaatuneiden lääkärien perheiden avustamiseksi, ja tähän rahastoon pyydettiin lahjoituksia.

405 Kaarninen 2006, 219.

406 Kake purnaa. Medisiinari 2/1938, 32–33; Naisten tuloon lääketieteen opintoihin ja yhteisopetukseen liittyi ristiriitoja muuallakin, esimerkiksi Iso-Britanniassa. Dyhouse 2006, 137–148.

407 Ahde Veikko ja Väänänen Ilkka (LKS:n puolesta): Lääketieteen opiskelusta. Uusi Suomi 5.11.1940, 8.

408 Lääketieteellisten opintojen uudistamissuunnitelma. Helsingin yliopiston asiakirjoja 1/1944.

409 Ehdotus lisäyksi opintosuunnitelmaan liitteenä lääket. tdk ptk 9.11.1943 (29\$), HYKA.

410 Lääkintöhallituksen lausunto liitteenä lääket. tdk ptk 20.6.1944 (15\$), HYKA.

411 LKS:n lausunto liitteenä lääket. tdk ptk 6.3.1945 (8\$), HYKA.

412 Konsistorin asettaman toimikunnan mietinnössä ei ollut mitään perusteluja toimikunnan kannalle. Toimikunnan mietintö liitteenä suuren konsistorin ptk 16.5.1945 (1\$), HYKA.

413 Hakosalo 2008, 19.

Rahastosta jaettiin avustuksia jatkosodan aikana. Avustuksia saivat myös kandidaatit, mikä oli tärkeää, sillä monet sotapalveluksessa olleista olivat perheellisiä. Rahaston luomiseen vaikutti ammattikunnan keskinäisen avustamisen traditio ja yleinen pyrkimys estää kaikenlainen kilpailu ja taloudellinen hyötyminen kollegojen kustannuksella.⁴¹⁴ Kyse oli ammattikunnan solidaarisuuden säilyttämisestä vaikeissa oloissa. Näin luotiin pohjaa kotiutumisen onnistumiselle. Tähän viittasi myös lääket. kand. Martti Paloheimo, joka toi esille ajatuksen rahastosta *Medisiinari*-lehdessä jo ennen Lääkäriliiton toimia. Paloheimo arveli, että naisten paremmat mahdollisuudet ansaita sodan aikana aiheuttivat katkeruutta miesten keskuudessa ja erityisellä rahastolla voitaisiin tasata tilannetta.⁴¹⁵ Historioitsija Carol Dyhouse on kuvannut, että Iso-Britanniassa ensimmäisen maailmansodan jälkeinen katkeruus sodan aiheuttamasta katkoksesta opinnoissa ja urilla sekä kilpailu työmarkkinoilla johtivat naisopiskelijoiden vastaisiin toimiin useissa lääkäriskouluissa. Muutenkin yhteiskuntaa pyrittiin vakauttamaan korostamalla perinteisiä sukupuolirooleja.⁴¹⁶

Jatkosodan alkaessa tuki Suomen hyökkäykselle ja Karjalan takaisinsaamiselle oli suurta. Suomalaisjoukot etenivät ripeästi idässä niin sanotun vanhan Suomen rajalle ja pitkälle sen yli vuoden 1941 loppuun mennessä, jonka jälkeen alkoi pitkä asemasotavaihe. Juuri tällöin kandidaateille tarjoutui tilaisuuksia opiskeluun. Kuten talvisodassakin, kandidaatteja työskenteli rintamalla eri tehtävissä. Tavallisesti joukkosidontapaikkojen lääkärit olivat vanhempia kandidaatteja.⁴¹⁷ Muutamat muistelmat valottavat heidän toimintaansa:

”Yön pimetessä lähdettiin liikkeelle. Jsp:n lähtöä viivästyttää viime tingassa – ilmeisesti edessä olevan hyökkäyksen aiheuttaman pelon takia – sairauksiaan valittamaan tulleet kymmenisen miestä. Tällainen käyttäytyminen oli vasta hiljan syntynyt ilmiö. Se kertoi loputtoman pahasta väsymystilasta ja yli neljä kuukautta jatkuneesta yltämättäisestä taistelujen tiestä. – Jsp:n lääkäri, 23-vuotias lääketieteen kandidaatti, arvoltaan vasta res. vänrikki, häärii teltassa stetoskooppi korvissaan pyrkien selvittämään, olisiko jollakin yskää valittavista miehistä keuhkokuume tai jotain muuta vakavaa.” – Lääket. kand. Klaus A. J. Järvinen Kontupohjan taisteluista lokakuussa 1941⁴¹⁸

”Olin lastoittamassa erään haavoittuneen reisimurtumaa [Jsp:llä, SA]. Teltan yläosan lävisti luotisuihku, cramerlastat helisivät ja lääkintämiehet syöksyivät ulos teltasta. Olin itsekin lähdössä, kun haavoittunut huusi surkealla äänellä: ’Älkää jättäkö minua yksin!’ Häpesin hätäilyäni ja jatkoin lastoitusta. Eräs lääkintämiehistäni haavoittui teltan ulkopuolella.” – Lääket. kand. Tauno Koistinen Suursaaren valtauksesta maaliskuussa 1942

⁴¹⁴ Aalto 2010, 76–77.

⁴¹⁵ Paloheimo Martti: Pari ajankohtaista seikkaa. *Medisiinari* 4/1942, 11–13.

⁴¹⁶ Dyhouse 2006, 149.

⁴¹⁷ Lääkärinä sodassa 1989, 77, 110.

⁴¹⁸ Lääkärinä sodassa 1989, 109–110.

Sotien aikana kandidaatit ja valmistuneet lääkärit oppivat varsin erilaisia taitoja siitä riippuen, mihin olivat sijoittuneet ja mitä tehtäviä heille oli annettu. He saivat joka tapauksessa monenlaista käytännön oppia, sillä hätätilassa apu oli sitä, mitä oli tarjolla. Sota mahdollisti myös aivan poikkeuksellisella tavalla eri sukupolvien lääkärien yhteistyön ja kohtaamisen. Sota-aikana monenlaiseen toimintaan osallistunut nuori kandidaatti A. Sakari Härö on kuvannut hyvin tätä yhteisöllistä kasvatus- ja sen merkitystä. Härö komennettiin jatkosodan aikana kenttäsairaalaan Uhtualle, jossa hän pääsi ”lääkäriperheen” jäseneksi ja sai vanhemmilta kollegoilta arvokkaan henkisen pääoman.⁴¹⁹ Härön muistelmat kiteyttävät sodan kasvattavaa puolta:

*”Nuori opiskelija ei yleensä pääse niin läheiseen kosketukseen opettajiensa kanssa, että saisi tuntumaa lääkärikunnan sisäiseen kulttuuriin, kuten arvoihin, asenteisiin ja kanssakäymisen muotoihin. Näissä oloissa [sodassa, SA] nuori lääkärintähtä hyväksyttiin ilman minkäänlaisia vaikeuksia kuunteluoppilaksi valmiiden ja osin nimikkäidenkin erikoislääkäreiden ajanviettoon. Pääasiassa se oli ajatusten vaihtoa kaikesta lääketieteeseen liittyvästä, mutta myös lukuisista muista minulle oudoista asioista.”*⁴²⁰

Jatkosodassa Suomi taisteli Saksan rinnalla, ja aseveljeys merkitsi myös tiivistä tieteellistä yhteistyötä. Suomalaisessa tiedemaailmassa oli jo pitkään haettu vaihtuitteita Saksasta, ja erityisesti lääkäreillä oli paljon kontakteja sinne. Vuonna 1941 kahdeksan suomalaislääkäriä osallistui Berliinin Friedrich Wilhelm -yliopiston lääketieteellisen tiedekunnan järjestämille jatkokursseille. Aseveljeyden myötä esitelmä- ja opintomatkat Saksaan yleistyivät. Lääketieteellisen tiedekunnan jäsenistä matkoja tekivät muun muassa germanofilinä tunnettu fysiologian professori Yrjö Reenpää, kirurgian professori, SPR:n sairaalan johtaja ja päämajan neuvoa-antava kirurgi Simo Brofeldt ja patologisen anatomian professori Arno Saxén. Lastentautiopin professori Arvo Ylpöstä tuli vuonna 1941 Deutsche Gesellschaft für Naturforscher und Ärzten kunniajäsen ja vuonna 1943 Königsbergin yliopiston kunniatohtori. Ylilääkäri Eino Suolahti ja Suomen korkein sotilaslääkärijohto taas tutustuivat Saksan terveystoimen johtoon välirauhan aikana. Jatkosodan aikana SS-valtakunnanjohtaja Heinrich Himmler vieraili Suomessa ja lomaili Suolahden kesähuvilalla – Suolahti tosin ei ollut paikalla. Juhani Leikola on katsonut, että Suolahti ei itse tukenut kansallissosialismia eikä hyväksynyt Hitlerin rotuoppia.⁴²¹ Suolahdella oli kuitenkin yhteyksiä suomalaisiin, jotka osallistuivat fasisistiseen toimintaan.⁴²²

Saksa-yhteyksillä olikin myös poliittisia ulottuvuuksia, ja kansallissosialismista kiinnostuttiin Suomessa muun muassa yliopiston piirissä. Vapaaehtoisten lähettäminen Saksaan Waffen-SS:n joukkoyksiköksi sai tukea yliopistomiehiltä: SS-

⁴¹⁹ Lääkärinä sodassa 1989, 168–178.

⁴²⁰ Lääkärinä sodassa 1989, 170.

⁴²¹ Hietala 2006, 38, 41, 64–81; Klinge 1990, 148–149; Leikola 2009, 359–362, 378–387.

⁴²² Silvennoinen, Tikka ja Roselius 2016, 191.

värväyskomiteaa johti rehtori Rolf Nevanlinna ja silmätautiopin professori Mauno Vannas oli sen jäsen. Matti Klinge on todennut, että kansallissosialismin vaikutus jäi Suomessa vähäiseksi eikä aina ole helppoa erottaa vanhaa germanofiliaa, sodan käytännöllisiä informaatiotarpeita ja tieteellistä kiinnostusta poliittisesta aatteellisuudesta.⁴²³ Oula Silvennoinen, Marko Tikka ja Aapo Roselius ovat kuitenkin tuoneet esille tutkimuksessaan suomalaisesta fasismista, että kansallissosialismilla oli laajaa ja radikaalia kannatusta. Myös lääketieteellisen tiedekunnan jäseniä oli mukana fasistiseksi luokitelluissa järjestöissä: esimerkiksi lääket. lis. Martti J. Mustakallio toimi vuonna 1942 perustetun Siniristi ry:n puheenjohtajana. Yhdistyksen ohjelmassa korostui ”mukautuminen Saksan voiton jälkeiseen poliittiseen järjestykseen”. Suurempi merkitys oli kansallissosialistisella Suomen Valtakunnan Liitolla, jota johti professori Vannas ja jossa oli mukana monia vaikutusvaltaisia suomalaisia. Sen ohjelmassa ilmenivät rotuhygienian käsitykset puhtaan kansan luomisesta ja antisemitismi. Vannas vieraili sodan aikana muutaman kerran Saksassa ja tapasi muun muassa Himmlerin. Vannaksen poliittisiin näkemyksiin on arvioitu vaikuttaneen hänen sisällissodan aikaiset kokemuksensa punakaartin vanhina ja lääkärinä. Maan johto suhtautui Vannaksen poliittiseen toimintaan jossain määrin kielteisesti, ja hänen myös onnistui irrottautua ajoissa kansallissosialismista.⁴²⁴ Vaikka suurin osa lääkärikunnan yhteyksistä natsi-Saksaan vaikuttaa olleen ammatillisia⁴²⁵, myös yksittäisiä poliittisia yhteyksiä oli siis olemassa. Mauno Vannas toimi lääketieteellisen tiedekunnan dekaanina vuosina 1942–1945 ja oli näin varsin merkittävässä asemassa medisiinarinuorison kannalta.

Asemasotavaiheessa lukukaudella 1943–1944 useita lääketieteen kursseja oli samaan aikaan lomautettuina opiskelemassa Helsingissä. Tammikuussa 1944 LKS ehti kokoontua ”Aasiksen parlamenttiin” eli yleiseen kokoukseen, jossa valittiin seuralle uudet virkailijat ja jonka jälkeen vietettiin yhteinen illanvietto.⁴²⁶ Pian tämän jälkeen Neuvostoliitto aloitti Suomen painostamisen rauhanneuvotteluihin Helsingin suurpommituksilla, joissa yliopiston päärakennus sai tuhoisan osuman. *Medisiinari*-lehden pakinoitsija Kauko Nieminen kirjoitti tulevasta: ”Ehkä on tiedossa taas kovat ajatkin, jolloin jatko-opiskelu ym. ovat toisarvoisia seikkoja. Se vaatii taas meiltä ohdakkeisen tien kulkijoilta lisää ubrauksia ja henkilökohtaisten etujen siivuuntöytämistä, mutta olleeko joukossamme ketään joka ei sitä ymmärtäisi.”⁴²⁷ Myös tiedekunnassa pohdittiin opetuksen keskeyttämistä Helsingissä. Opetuksessa ei oltu niinkään riippuvaisia yliopistosta kuin klinikoiden toiminnasta, ja monet niistä oli jo siirretty maaseudulle. Kesällä kaikki kurssit kuitenkin keskeytyivät Neuvostoliiton suurhyökkäyksen myötä ja koitti aika, jolloin opiskelu oli työnnettävä sivuun, kuten Nieminen oli ounastellut.⁴²⁸ LKS:n sihteeri Lauri Rauramo totesi

423 Klinge 1990, 145–147.

424 Silvennoinen, Tikka ja Roselius 2016, 373–381, 438.

425 Esim. Jaakko Ignatius on painottanut Duodecimin sodanaikaisten Saksa-suhteiden ammatillista luonnetta. Ignatius 2012, 328–330.

426 Kake II, pakina: Tähtikuponkeja. *Medisiinari* 3/1943, 12–13; Kake II, pakina: Tähtikuponkeja. *Medisiinari* 1/1944, 10; Pöytäkirja LKS:n talous- ja vuosikokouksesta 10.1.1944. *Medisiinari* 1/1944, 11–13.

427 Kake II, pakina: Tähtikuponkeja. *Medisiinari* 1/1944, 10.

428 Lääket. tdk ptk 7.3.1944 (1r\$), 20.6.1944 (12–14\$), HYKA.

kandidaattien keskuudessa säilyneen silti tulevaisuussuuntauksen: myös kesken taistelujen käytettiin mahdollisuuksia tenttimiseen – tilaisuuden tullen vaikka kenttäsairaalassa.⁴²⁹

Taistelut päättyivät syyskuun alussa ja välirauha solmittiin pian ”raskain ehdoin”, kuten LKS:n sihteeri Leo A. Kaprio kirjoitti *Medisiinari*-lehdessä muutama päivä tämän jälkeen. Kaprio oli työskennellyt sodan aikana päämajan lääkintöosaston henkilötöimistössä. Nyt hän pohti tulevaisuudessa häämöttäviä ongelmia opiskelussa. Kaprio arveli puutteellisten taloudellisten resurssien näkyvän opetuksessa ja kandidaattien elinoloissa ja lääkärien työn suuntautuvan enemmän sosiaaliseen huoltotyöhön kuin tieteelliseen työskentelyyn.⁴³⁰ Osalla sota jatkui vielä Lapissa, kuten lääket. kand. Otto Wegeliuksella pataljoonanlääkärinä.⁴³¹ Tiedekunnassa pyrittiin aloittamaan opetus mahdollisimman pian, sillä sen arveltiin vaikuttavan ”edullisesti yleiseen mielialaan”. LKS toi oman panoksensa kotiuttamisen jälkeisiin opintojärjestelyihin kokoamalla tiedekunnalle tiedot kurssitilanteesta. Selvitys osoittaa, että seurassa oli paneuduttu tarkasti eri kurssien tilanteisiin ja pyrkimyksenä vaikuttaa olleen järjestyksen säilyttäminen ja ristiriitojen ehkäiseminen. Tiedekunta totesi, että kurssit voitaisiin kotiuttamisen jälkeen järjestää suurin piirtein LKS:n ehdotuksen mukaisesti.⁴³² Sota merkitsi myös sitä, että osa ei palannut opiskelijatovereiden joukkoon. Lääketieteen ylioppilaita kaatui sodissa yhteensä 18 ja kandidaatteja 27.⁴³³ Osasta julkaistiin muistokirjoitukset *Medisiinari*-lehdessä.⁴³⁴

Sodan päättyminen Neuvostoliiton voittoon ja rauhanehdot merkitsivät aatteellista uudelleenarviointia. Yliopistomaailmassa kieliryhmien väliset kiistat oli haudattu jo niin sanotun talvisodan hengen myötä. Sodan jälkeen oli välirauhan-sopimuksen mukaisesti Neuvostoliiton vastaiset ja fasisistiksi luokitellut järjestöt lakkautettava; näihin kuului muun muassa Akateeminen Karjala-Seura. Kommunistiset järjestöt saivat täydet toimintaoikeudet. Tämä merkitsi poliittisen asettelman muuttumista, jolla oli pitkäkestoiset vaikutukset koko maan ilmapiiiriin. Suomessa kuitenkin välttyttiin dramaattisilta muutoksilta. Rauhaan paluuta arvioinut Petri Karonen on todennut, että Suomessa hallintokoneisto osoitti sodan jälkeen tehokkuutensa ja toimintakykyisyytensä eikä päätöksenteko halvaantunut missään vaiheessa. Näin vältettiin yhteiskunnan sekasorto, johon ääriivasemmisto pyrki äänekäin kannanotoin virkamiehistön ”demokratisoimisesta” ja ”puhdistamisesta”.⁴³⁵ Jatkuvuuden merkitystä korosti, että AKS-läinen vaikutus jatkui muuttuneessa

429 Sihteerin palsta. *Medisiinari* 2/1944, 12.

430 Kaprio Leo A.: Ongelmia opiskelun alkamista odotellessa. *Medisiinari* 3/1944, 5–6; Lääkärinä sodassa 1989, 29.

431 Wegelius 1998, 82–83.

432 Lääket. tdk ptk 5.9.1944 (13§), 17.10.1944 (14§), 31.10.1944 (7–8§), 28.11.1944 (8§) liitteineen, HYKA.

433 Kaarninen 2006, 227. Luvut ovat Ilmi Havun toimittamasta Helsingin yliopiston sankarivainajamatrikelista vuodelta 1993.

434 Esim. Valtonen Olli: Pro Patria. *Medisiinari* 1940, 7–8; Pro Patria. *Medisiinari* 3/1941, 5–6, *Medisiinari* 1/1942, 3 ja *Medisiinari* 2/1942, 5; Kaprio Leo A.: Lääketieteen kandidaatti Eino Kalervo Haataja 1.11.1918–13.10.1943. *Medisiinari* 4/1943, 5–7.

435 Karonen 2015, 208.

muodossaan: jälleenrakennusajan kansallisena, sosiaalisena eheytyksenä, jota asevelihenki ilmensi.⁴³⁶

Sodan jälkipuintiin liittyi kuitenkin sotasyllisten etsiminen ja tuomitseminen. Lääkäreistä professori Mauno Vannas oli epäiltyjen listalla Suomen Valtakunnan Liiton entisenä puheenjohtajana mutta hän välttyi syytteiltä.⁴³⁷ Sen sijaan professori Niilo Pesonen tuomittiin vankeuteen valvontakomission vaatimuksesta. Pesonen oli jatkosodan aikana toimittanut Viipurin sotavankisairaalaista sotavankien ruumiita Helsingin yliopiston anatomian laitokselle. Pesonen puolustautui sillä, että käytäntö oli yleinen Euroopassa sodan aikana, anatomiaa oli puutetta opetusmateriaalista ja lääkäripulan vuoksi koulutusta oli edistettävä. Hänet kuitenkin tuomittiin kahdeksan kuukauden vankeuteen ”virkavirheestä ja yllytyksestä kuolleiden ruumiiden silpomiseen”. Pesonen on epäillyt, että tuomioon vaikutti hänen muu toimintansa: tieteelliset yhteydet Saksaan, inkeriläisten Suomeen siirron organisointi ja osallistuminen kansainväliseen toimikuntaan, joka oli selvittänyt venäläisten tekemiä siviilien joukkomurhia Ukrainassa.⁴³⁸ Marjatta Hietala on kirjoittaessaan tapauksesta todennut, että sodan aikana sotavankien käyttäminen ihmiskokeisiin oli käytäntö monissa maissa.⁴³⁹ Ruumiiden toimittamisessa anatomian laitokselle ei kuitenkaan ollut kyse ihmiskokeista vaan normaalin dissektio-opetuksen tarpeista. Suomessa käytettiin myöhemminkin anatomian laitoksilla vankien ruumiita.⁴⁴⁰

Sodan kansakuntaa yhtenäistäneistä vaikutuksista keskeinen oli kielirauha yliopistolla ja lääkärikunnassa. Vuonna 1945 Lääkäriliiton puheenjohtaja, professori William Kerppola saattoi todeta liiton yleisessä kokouksessa, että kieliryhmät olivat ilahduttavasti lähentyneet ja Duodecim ja Finska Läkaresällskapet olivat tehneet esitykset avautua myös toisen seuran jäsenille.⁴⁴¹ Kuitenkin vielä sotavuosina tiedekunnassa käytiin varsin tiukkaa väantöä ruotsinkielisistä professuureista, jossa ilmeni kieliriidan kaikuja. Syksyllä 1940 Medicinarklubben Thorax kiinnitti huomiota siihen, että molemmat ruotsinkieliset professuurit olivat tulossa avoimiksi. Thorax painotti ruotsinkielisen klinisen opetuksen merkitystä ja toivoi, että professuureista päätettäessä otettaisiin huomioon sisätautien ja kirurgian opetus.⁴⁴² Medisiinarit saivat tukea ruotsinkielisiltä opettajilta, mutta tiedekunta päätti siirtää toisen professuureista fysiologiasta bakteerioppiin ja serologiaan, koska se katsottiin tärkeäksi alaksi yleislääkäreille.⁴⁴³ Tähän vaikutti ilmeisesti tietealan pyrkimys laajentua sekä vaikeudet tilajärjestelyissä. Professori Robert Ehrström yritti saada päätöksen muutettua vetoamalla talvisodan henkeen ja kieliryhmien yhteistyöhön

⁴³⁶ Kolbe 1993, 57.

⁴³⁷ Tarkkanen 2007, 19.

⁴³⁸ Pesonen 1992, 69–73.

⁴³⁹ Hietala 2006, 128.

⁴⁴⁰ Lääket. tdk ptk 1.3.1955 (8§), HYKA; Myös Niemi 1990, 101.

⁴⁴¹ Lääkäriliiton XVI yleisen kokouksen ptk 22.–23.9.1945. SLAik 5/1945, 238–256; Ignatiuksen mukaan lopullinen kielirauha solmittiin seurojen välillä vuonna 1945, jolloin päätettiin, että esitelmätalaisuudet olisivat avoimia molempien seurojen jäsenille ja tieteelliseen keskusteluun saisi osallistua äidinkielenään. Ignatius 2012, 300.

⁴⁴² Lääket. tdk ptk 15.10.1940 (24a§) liitteineen, HYKA.

⁴⁴³ Lääket. tdk ptk 22.10.1940 (21–22§) liitteineen, HYKA.

sekä ruotsinkielisten yhteiseen mielipiteeseen. Tästä huolimatta tiedekunta pysyi päätöksessään.⁴⁴⁴ Opetusministeriö kuitenkin määräsi professuurin alaksi anatomian, jota professori Ylppö oli ehdottanut vaihtoehtona sero-bakteriologialle.⁴⁴⁵

Ehrströmin jäädessä itse sisätautiopin professorin virasta eläkkeelle käytiin kamppailu toisen vaihtuvan ruotsinkielisen professuurin opetusalaista. Ruotsinkieliset toivoivat viran pysyvän sisätautiopissa kandidaattien henkilökohtaisen kliinisen opetuksen säilyttämiseksi.⁴⁴⁶ Lopulta vastakkain olivat synnytys- ja naistentautioppi sekä bakteerioppi ja serologia. Professori Tauno Kaliman kirjallisesta mielipiteestä tulee esille, että osa professoreista kannatti viran pitämistä sisätautiopissa ja kompromissina oli esitetty synnytys- ja naistentautioppia. Kalima huomautti, että sero-bakteriologian kannattajien vetoaminen valtakunnallisiin intresseihin loukkasi ruotsinkielisiä ja että päteviä perusteluja tämän alan paisuttamiselle ei ollut. Klinikkatilanteen vuoksi sisätautioppi ei kuitenkaan tullut kysymykseen, kun taas synnytys- ja naistentautiopissa tilat olivat helposti järjestettävissä. Äänestyksessä synnytys- ja naistentautioppi voitti sero-bakteriologian tiukasti äänin 6–5.⁴⁴⁷ Kuitenkin vuonna 1942 saatiin kaupungin kanssa aikaan sopimus osaston järjestämisestä Marian sairaalaan sisätautiopin ruotsinkieliselle professuurille. Nyt tiedekunta päätti siirtää professuurin sisätauteihin äänin 9–6; vastaesityksenä oli jälleen bakteerioppi ja serologia.⁴⁴⁸ Näiden vääntöjen taustalla oli kielellisten vastakohtaisuuksien hidas hiipuminen. Ruotsinkieliset olivat ottaneet raskaasti professuurien vähenemisen vuoden 1937 yliopistolain myötä, ja asiasta tällöin annetut kommentit olivat suuttaneet Duodecimin.⁴⁴⁹ Vaikuttaa siltä, että myös sisätautiopin suomenkielisen opetuksen huonot järjestelyt 1930-luvulla olivat herättäneet katkeruutta.⁴⁵⁰ Historioitsija Karl-Erik Michelsen on todennut, että ruotsinkielinen tieteellinen eliitti tunsu 1920- ja 1930-luvuilla voimakasta painostusta ja että he joutuivat usein sivusta katsomaan suomen kielen suosimista.⁴⁵¹ Tämäkin epäilemättä oli aiheuttanut katkeruutta. Tilanne tasoittui vasta sodan jälkeen. Ruotsinkielisen opetuksen asema parani, kun vuonna 1947 perustettiin uusia ruotsinkielisiä professuureja, joista lääketieteelliseen saatiin patologisen anatomian ja kirurgian professorit.⁴⁵²

Sota-ajan tuotteina tutkinnonuudistus ja Turun tiedekunta

Tulevalle lääkärikoulutukselle sota-aika merkitsi suurta murrosta. Ensinnäkin lääketieteessä toteutettiin laaja tutkinnonuudistus. Toiseksi maassa katsottiin tarvittavan selvästi enemmän lääkäreitä, ja Turun yliopistoon perustettiin toinen lääketieteellinen tiedekunta. Molempien muutosprosessien juuret olivat 1930-lu-

444 Lääket. tdk ptk 29.10.1940 (27§) liitteinen, HYKA.

445 Lääket. tdk ptk 15.10.1940 (24§), 3.12.1940 (20§) liitteinen, HYKA.

446 Lääket. tdk ptk 8.4.1941 (20–21§) liitteinen, HYKA.

447 Lääket. tdk ptk 22.4.1941 (22§), 29.4.1941 (19§), 13.5.1941 (37§), 11.11.1941 (25§) liitteinen, HYKA.

448 Lääket. tdk ptk 1.12.1942 (19§), 23.2.1943 (1§), 15.6.1943 (12§), HYKA.

449 Ignatius 2012, 298–299.

450 Ks. Ylpön ehdotus liitteenä lääket. tdk ptk 15.10.1940 (24§), HYKA.

451 Michelsen 2002, 183.

452 Klinge 1990, 164.

vulla, jolloin poliittiset vaatimukset käytännöllisemmästä ja ammatillisemmasta yliopisto-opetuksesta olivat lisääntyneet. Lääketieteen opintojen uudistamisesta oli keskusteltu oikeastaan 1910-luvulta lähtien. Keskeisiä ongelmia olivat olleet opintojen pituus ja tilanahtaus. Ratkaisua oli etsitty alkututkinnon supistamisesta ja sisäänpääsyn rajoittamisesta. Kun sisäänpääsyrajoituksista oli päätetty vuonna 1933, oli samalla esitetty, että matemaattis-luonnontieteellisessä osastossa suoritettu alkututkinto tulisi poistaa ja tutkintoon liittynyt perusluonnontieteiden opetus siirtää lääketieteelliseen tiedekuntaan.⁴⁵³ Tätä muutosta ryhdyttiin vihdoinkin valmistelemaan vuonna 1938. Vaikka sota viivästytti konkreettisia toimia, poikkeusaika kypsytti ilmapiiriä otolliseksi muutoksille.

Lääketieteen tutkinnon- ja opintouudistuksen sysäsi liikkeelle kysymys sosiaalilääketieteen opetuksesta. Alun perin opetus oli päätetty järjestää siten, että kunkin klinisen opettajan vastuulla oli käsitellä kurseillaan myös alansa sosiaalisia näkökohtia. Vuonna 1936 lääkintöhallitus esitti tiedekunnalle jälleen kerran vakituisen lääkintälainsäädännön opettajan viran perustamista.⁴⁵⁴ Tiedekunnan kanta oli sama kuin aiemmin: oli mahdotonta keskittää sosiaalisen lääketieteen opetusta yhdelle opettajalle. Lisäksi teoreettinen kurssi ei tarjoaisi mahdollisuutta käytännöllisiin demonstraatioihin.⁴⁵⁵ Kaksi vuotta lääkintöhallituksen kirjeen jälkeen muotoiltu lausunto todettiin kuitenkin vanhentuneeksi. Professori Osvald Streng (myöh. Renkonen) katsoi tiedekunnan kannan vaativan tarkastamista: *”Me elämme monessa suhteessa murroskautta ja lääkärit joutuvat yhtä kasvavassa määrässä uusien tärkeitten sosialisten problemojen eteen, tähän toimintaan usein perin puutteellisesti koulutettuina, ellei muuta saada aikaan kuin se minkä komitea nyt ehdottaa ja mikä suurin piirtein merkitsee olojen ennalleen jäämistä.”* Streng piti tärkeänä sosiaalilääketieteellisen tutkimustyön aloittamista ja katsoi, että tarkoitusta varten pitäisi perustaa sosiaalihygienian tutkimuslaitos.⁴⁵⁶ Tässä yhteydessä kysymys sosiaalilääketieteen opetuksesta päätettiin linkittää laajempaan opintojen uudistamiseen, jota varten tiedekunta asetti komitean. Sen puheenjohtajaksi tuli dekaani, professori Harry Castrén.⁴⁵⁷

Lääkäriskoulutuksen uudistamiselle keskeiseksi muodostui se yhteiskunnallinen ja poliittinen ilmapiiri, jossa 1930-luvun alun taloudellisen laman jälkeen nostettiin johtavaksi aatteeksi valtion kansalaisille luoma turva ja palvelut – ajatus länsimaisesta, Ruotsin mallin mukaisesta sosiaali- tai hyvinvointivaltiosta. Sosiaaliset kysymykset ja kansalaisille perusturvan takaavat vakuutukset tulivat vuonna 1937 valtaan nousseen A. K. Cajanderin punamultahallituksen asialistalle. Samalla maanlaajuisen terveydenhuoltojärjestelmän luominen alkoi edetä. Vuonna 1939 eduskunta hyväksyi lain yleisestä lääkärinhoidosta, joka velvoitti kaikki kunnat palkkaamaan kunnanlääkärin joko itse tai yhdessä muiden kuntien kanssa. Lääninlääkärit korvasivat alueellisina virkamiehinä piirilääkärit. Merkittävää oli, että kun-

453 Komiteamietintö alkututkinnosta liitteenä lääket. tdk ptk 24.5.1932 (16\$), HYKA.

454 Lääket. tdk ptk 11.2.1936 (9\$), HYKA.

455 Lääket. tdk ptk 28.4.1936 (14\$), 5.5.1936 (6\$), 25.1.1938 (22\$) liitteineen, HYKA.

456 Lääket. tdk ptk 22.3.1938 (27\$) liitteineen, HYKA.

457 Lääket. tdk ptk 26.4.1938 (15\$), 24.5.1938 (15\$), 11.10.1938 (18\$) liitteineen, HYKA.

nan- ja kaupunginlääkärien tehtäväkenttä laajeni terveydenhoidollisilla velvoitteilla, jotka aiemmin olivat kuuluneet piirilääkäreille.⁴⁵⁸ Kunnanlääkärin muuttuminen yhä enemmän virkalääkäriksi vaikutti koulutukselle asetettuihin vaatimuksiin ja tavoitteisiin. Samoihin aikoihin tulivat voimaan lait kunnallisista terveyssisarista, kättilöistä ja äitiys- ja lastenneuvoloista, joiden myötä myös näiden virkojen ja neuvoloiden perustaminen tuli kunnille pakolliseksi.⁴⁵⁹ Samoin sairaalalaitosta uudistettiin ja vuonna 1943 hyväksyttiin laki keskussairaaloista, joka pohjautui valtion ja kuntien yhteistoimintaan.⁴⁶⁰

Lakien myötä kunnan- ja sairaalalääkärien tarve oli kasvussa. 1930-luvun jälkipuoliskolla keskusteluun nostettiin uudestaan lääketieteellisen tiedekunnan perustaminen Turun yliopistoon. Aloitteentekijänä julkisuudessa oli professori Mauno Vannas, joka lokakuussa 1938 esitelmöi Duodecim-seuran kokouksessa lääketieteellisistä opinnoista. Vannas huomautti, että lääkäritarve oli lähitulevaisuudessa kasvamassa voimakkaasti. Kunnanlääkärien lisäksi tarvittiin erikoislääkäreitä, ja Vannas arvioi tieteen kehityksen tekevän erikoistumisesta tulevaisuudessa välttämätöntä. ”Kaikkitaitaviksi” yleislääkäreiksi valmistumisen sijaan opiskelijoiden tulisi erikoistua opinnoissaan aiemmin, ja tämä koski myös virkalääkäreiksi valmistuvia. Ratkaisuksi lääkäritarpeeseen Vannas esitti, että maahan perustettaisiin toinen lääketieteellinen tiedekunta Turun yliopistoon, sillä kaupungissa oli myös opetusklินิกaksi sopiva uusi lääninsairaala.⁴⁶¹ Timo Tarmio on katsonut, että ehdotuksen taustalla olivat Turun yliopiston rehtori Einar W. Juvan ja lääkintöneuvos Aleksis Tähkän pohdinnat. Turun yliopisto oli taloudellisessa ja henkisessä kriisissä, ja sen uudistamiseksi etsittiin erilaisia ratkaisuja. Vannas toimi tavallaan asian esille nostajana, ja esitelmä herättikin runsaasti huomiota julkisuudessa.⁴⁶²

Tarmio on arvioinut, että Vannaksen esitelmällä oli myös poliittisia seurauksia sen kirjeen muodossa, jonka opetusministeri Uno Hannula lähetti Helsingin yliopistolle koskien opintojen lyhentämistä ja tehostamista.⁴⁶³ Tämä ”paimenkirje” lähtikin viikkoa myöhemmin, ja siinä viitattiin suoraan esitelmään. Toisaalta taustalla oli myös poliittinen pyrkimys kehittää yliopistoa hyötynäkökulmasta, mikä kumpusi valtion taloudellisista satsauksista. Yliopistopolitiikassa oli 1930-luvun jälkipuoliskolla pyritty kääntämään huomio pois kielikielistä sivistykseen ja yliopiston sisäiseen kehittämiseen. Vuosina 1936–1938 yliopiston taloudelliset resurssit olivat pitkästä aikaa parantuneet. Hannulan kirje oli osoitus valtion kiinnostuksesta yliopiston sisäisiin asioihin. Se ilmensi huolta sivistyneistön ja tieteen tasosta sekä pyrkimystä nostaa esille käytännön koulutustarpeeseen vastaaminen. Kirjeessä kehoitettiin harkitsemaan kysymyksiä opintoajan lyhentämisestä, muistiluvun vähentämisestä ja opiskelijoiden tehokkaammasta sivistyksellisestä kas-

⁴⁵⁸ Nyström 2010(b), 165; Tarmio 1993, 49–50.

⁴⁵⁹ Harjula 2007, 66.

⁴⁶⁰ Nyström 2010(b), 167–168.

⁴⁶¹ Vannas Mauno: Lääketieteellisten opintojemme tarkoituksenmukaisuus ja pituus. SLAik 5/1938, 183–192; Jo ennen Vannaksen esitelmää Turun yliopiston sisällä oli esillä yliopiston laajentaminen mm. juuri lääketieteellisellä tiedekunnalla, ks. Tarmio 1993, 59, 61.

⁴⁶² Tarmio 1993, 44–45, 53–62.

⁴⁶³ Tarmio 1993, 45–46.

vattamisesta. Yliopisto vastasi kirjeeseen vasta vuonna 1940, ja vastauksen sisältö osoittaa penseää suhtautumista valtion sekaantumiseen. Opintojen lyhentämiseksi ei katsottu voitavan paljoakaan tehdä – uudistuksia oli jo toteutettu tai ne olivat suunnitteilla.⁴⁶⁴

Lääketieteellinen tiedekunta oli perustanut oman komiteansa opintojen uudistamiseksi jo ennen Vannaksen esitelmää ja opetusministeriön kirjettä. Lausunnossaan konsistorille tiedekunta saattoi näin viitata aloitettuun prosessiin. Yleisesti opetusministerin huolta lääketieteellisen sivistystason alenemisesta ei allekirjoitettu – monet ongelmat olivat tiedekunnasta riippumattomia. Pitkä opiskelu-aika liittyi suomalaisten lääkärien työnkuvaan yleislääkäreinä ja pyrkimykseen kerätä käytännön työkokemusta. Kuitenkin vasta tilakysymyksen ratkettua pystyttäisiin tehostamaan opintoja, modernisoimaan koulutusta ja luomaan lisää mahdollisuuksia erikoistumiseen.⁴⁶⁵ Lääketieteelliselle tiedekunnalle merkittävä oli valtion ja Helsingin kaupungin vuonna 1939 aikaansaama sopimus uusien yliopistoklinikoiden rakentamisesta.⁴⁶⁶ Pitkään pohdituista rakennussuunnitelmista oli tätä ennen toteutunut ainoastaan naistenklinikan uudisrakennus Meilahteen vuonna 1934. Lastenkliniikkaa päästiin rakentamaan sodan aikana, ja se valmistui vuonna 1946. Seuraavaksi valmistuivat silmätautien sekä korva-, nenä- ja kurkkutautien klinikat vuonna 1952.⁴⁶⁷ Nämä olivat merkittäviä parannuksia koulutuksessa, sillä kyseiset klinikat olivat aiemmin sijainneet eri puolilla kaupunkia varsin puutteellisissa ja ahtaissa tiloissa.

Mitä taas ehdotukseen Turun yliopiston lääketieteellisestä tiedekunnasta tuli, se oli aiemmin kaatunut resurssien puutteeseen ja Helsingin yliopiston vastustukseen. Nyt kanta oli muuttunut, ja toinen tiedekunta nähtiin erittäin tarpeelliseksi. Lääkäritarve oli kasvamassa eikä kurssikokoja haluttu Helsingissä kasvattaa. Ajan-kohtainen kysymys oli tieteellisen tutkimustyön edellytysten parantaminen, mihin toisen tiedekunnan perustamisen arveltiin vaikuttavan positiivisesti.⁴⁶⁸ Sotavuosina sekä lääketieteen opintouudistus että Turun yliopiston lääketieteellisen tiedekunnan perustamisprosessi etenivät. Matti Klinge on katsonut, että juuri sota ja poikkeusaika pakottivat lääketieteellisen tiedekunnan toteuttamaan tutkinnonuudistuksen.⁴⁶⁹ Kuten Tarmio on todennut, tämä on kuitenkin asiaa yksinkertaistava tulkinta⁴⁷⁰, sillä vaikuttaa siltä, että paineita tutkinnonuudistukseen oli kertynyt riittävästi jo 1930-luvun jälkipuoliskolla.⁴⁷¹ Yliopiston sisällä keskeistä oli amma-

⁴⁶⁴ Klinge 1990, 121–129, 165; Jalava 2012, 33.

⁴⁶⁵ Lääket. tdk ptk 22.11.1938 (6§) liitteineen, HYKA.

⁴⁶⁶ Tarmio 1993, 55.

⁴⁶⁷ Joutsivuo ja Laakso 2008, 19–25.

⁴⁶⁸ Lausunto liitteenä lääket. tdk ptk 18.4.1939 (15§), HYKA; Vannas Mauno: Lääketieteellisten opintojemme tarkoituksenmukaisuus ja pituus. SLAik 5/1938, 183–192.

⁴⁶⁹ Klinge 1990, 165.

⁴⁷⁰ Tarmio 1993, 48, alaviite 114.

⁴⁷¹ Pyrkimyksen kohti ”sosiaalivaltiota” sekä Ruotsin lääketieteellisten opintojen uudistuksen tosin myös Klinge mainitsee, ks. Klinge 1990, 165–166.

tillisuuden voimistuminen: ylioppilastulvan myötä oli ryhdytty pohtimaan akateemista työllisyyttä ja koulutuksen kykyä edistää sitä.⁴⁷²

Myös Ruotsissa oli käynnistetty lääketieteen opintouudistus vuonna 1938 asetamalla valtion komitea laatimaan ehdotuksia. Vuonna 1942 Helsingin tiedekunta päätti hankkia tämän komitean edellisenä vuonna ilmestyneen mietinnön.⁴⁷³ Ruotsissa tarve uudistukselle kumpusi samoista syistä kuin Suomessa: lääketiede oli kehittynyt valtavasti, yhteiskunnalliset olosuhteet olivat muuttuneet, koulutukseen käytetty aika oli pitkä ja eri vaiheisiin oli muodostunut ruuhkaa. Ruotsin mietinnössä koulutuksen tavoitteeksi määriteltiin, että kaikilla lääkäreillä tuli olla vahva sosiaalisesti orientoitunut koulutus, joka antaisi hyvät valmiudet toimia kansanterveyden hyväksi. Ruotsin komiteamietintö osoittaa, ettei lääkärikoulutus ollut merkittävästi Suomea ”edellä”. Osa ehdotetuista uudistuksista oli jo toteutettu Suomessa, kuten opiskelijamäärän rajoittaminen sen mukaisesti mitä klinikoille voitiin ottaa ja opiskelun systematisoiminen suoritettavaksi kurseittain tietyssä järjestyksessä.⁴⁷⁴ Komiteamietintö ei välittömästi johtanut uudistuksiin, vaan prosessia jatkettiin Ruotsissa 1940-luvun lopulla.⁴⁷⁵

Suomessa professori Castrénin johtama komitea sai valmiiksi opintouudistuksen suuntaviivat keväällä 1941. Esitys nojasi vuonna 1932 sisäänpääsyrajoitusten yhteydessä tehdyille mietinnölle. Keskeisimmät ehdotukset olivat medikofilitutkinnon poistaminen, alkuopetuksen järjestäminen lääketieteellisessä tiedekunnassa ja opiskelijoiden valinta karsintakurssien avulla. Lisäksi esitettiin uusien oppiaineiden ja pakollisen amanuensuurin lisäämistä opinto-ohjelmaan.⁴⁷⁶ Nämä muutokset myös periaatteessa toteutuivat lopullisessa uudistuksessa, joka alkoi edetä ripeästi jatkosodan alkamisen aiheuttaman katkoksen jälkeen. Lopullisen opintosuunnitelmaehdotuksen laati professori William Kerppolan johtama komitea.⁴⁷⁷ Periaatteellista vastustusta medikofilitutkinnon poistamiselle ei enää ollut, vaikka jotkut professorit esittivät huolensa tulevien opiskelijoiden tasosta, kun heidät otettaisiin suoraan lääketieteelliseen tiedekuntaan ilman alkuopintojen kasvattavaa vaikutusta. Opintosuunnitelman yksityiskohtiin tehtiin prosessin aikana lukuisia muutoksia, ja esimerkiksi vaatimus suorittaa kemiasta vähintään *cum laude approbatur* kumpusi tarpeesta asettaa kandidaattitutkintoon jonkinlainen kykyä ja kypsyyttä mittaava elementti.⁴⁷⁸ Lopullinen esitys konsistorille tehtiin joulukuussa 1943.⁴⁷⁹

⁴⁷² Esimerkiksi Turussa yliopiston kehittämistä pohdittiin vaikeassa taloudellisessa tilanteessa juuri käytännöllisten alojen suuntaan ja valtion tarpeiden pohjalta – yksityinen, kansallinen aatteellisuuteen perustunut pohja ei tuntunut enää riittävältä rahoituksen takaamiseksi eikä opiskelijoiden houkuttelemiseksi, ks. Tarmio 1993, 56, 59–60; Jalava 2012, 31–34; Ks. myös luku II.1.

⁴⁷³ Lääket. tdk ptk 12.9.1939 (26§), 28.11.1939 (9§), 23.4.1940 (15§), 6.2.1942 (13§) liitteineen, HYKA.

⁴⁷⁴ Betänkande med utredning och förslag angående läkarutbildningen 1941, 4–9, 292–295.

⁴⁷⁵ Läkarutbildningen 1953, 11.

⁴⁷⁶ Lääket. tdk ptk 27.5.1941 (20§) liitteineen, HYKA.

⁴⁷⁷ Lääket. tdk ptk 6.2.1942 (13§), 2.2.1943 (22§), 9.3.1943 (13§) liitteineen, HYKA.

⁴⁷⁸ Lääket. tdk ptk 9.3.1943 (13§), 20.4.1943 (10§), 11.5.1943 (7§), 15.6.1943 (26§), 26.10.1943 (34§), 9.11.1943 (29§), 7.12.1943 (22§) liitteineen, HYKA.

⁴⁷⁹ Lääket. tdk ptk 21.12.1943 (22§), HYKA; Lääketieteellisten opintojen uudistamissuunnitelma. Helsingin yliopiston asiakirjoja 1/1944.

Kandidaatit toivat prosessin aikana aktiivisesti esille mielipiteitään opintojen kehittamisestä. Lokakuun 1938 alussa LKS:n yleisessä kokouksessa käsiteltiin opintojen uudistamista, ja tämän jälkeen johtokunta lähetti kannanottonsa Castrénin komitealle. Kandidaatit esittivät kliinisten opintojen järjestämistä käytännöllisemmistä lähtökohdista, kun tavoitteena kuitenkin oli ”kunnanlääkärikoulutuksen antaminen”. Suurimpana epäkohtana kandidaatit pitivät jonotusta poliklinikoille, ruumiinavauskursseille ja amanuenssuureihin, ja näihin ehdotettiin erilaisia ratkaisuja.⁴⁸⁰ LKS:n piirissä katsottiin, että tiedekuntaan otettiin liikaa opiskelijoita tiloihin ja lääkäritarpeeseen nähden.⁴⁸¹ Kun talvisodan aikana lääkärimäärän lisääminen nousi julkiseen keskusteluun, LKS suhtautui asiaan nuivasti.⁴⁸² Opintojen lyhentämistä oli tarkoitus käsitellä myös Lääkäriliiton yleisessä kokouksessa vuonna 1941. Kokous jäi sodan vuoksi järjestämättä, mutta keskustelualustukset julkaisiin Lääkäriliiton *Aikakauslehdessä*. LKS:n aktiivien Martti Paloheimon ja Ilkka Väänäsen kirjoituksessa esitettiin kandidaattien näkemys uudistuksesta. Siinä korostui laajan lääkärikoulutuksen ideaali: medikofilitutkinnon oli edelleen tarjottava vankka luonnontieteellinen pohjasivistys ja varsinaisia lääketieteen tutkintoja oli laajennettava useilla uusilla oppiaineilla. Lisensiaattitutkinto oli jaettava kolmeen eri tutkintoon syventymisasteen mukaan muiden tiedekuntien tapaan niin, että kandidaateilla olisi mahdollisuus erikoistua aikaisemmin. Lopuksi Paloheimo ja Väänänen toivoivat opiskelijoiden mielipiteiden ottamista huomioon opetusta suunniteltaessa.⁴⁸³

Tämä aktiivisuus osoittaa, että LKS edusti uutta, ”opiskelukeskeistä” ajattelua, joka löi laajemmin läpi ylioppilasmaailmassa sodan jälkeen. Medisiinarien opiskelijaidentiteetti oli ammattisuuntautunut. Kandidaattien kannanottojen perusteella opiskelijoille tärkeintä olivat hyvät edellytykset lääkäriksi kasvamiselle, valmiudet käytännön työhön. Opintojen käytännöllisen puolen vahvistaminen edellytti pieniä klinikkaryhmiä, luentojen vähentämistä ja opettajan henkilökohtaisen esimerkin ja kokemuksen painottamista opetuksessa. Tämä oli ihanteellisen lääkärikoulutuksen pitkää traditiota, mutta nyt edellytettiin moderneja toimia tehokkaan käytännön opetuksen antamiseksi ja sen yhdistämistä voimakkaasti kehittyvän tieteenalan laajenevaan teoreettiseen puoleen. Opintojen kehittäminen ammatillisempaan suuntaan ei ollut negatiivista: *”Akateeminen opiskeluvapaus ei aina ole paikallaan. Harrastus ei aina riitä ja siksi määrättyt asiat, joiden merkitys sen vaatii, on opetettava kädestä pitäen.”*⁴⁸⁴

⁴⁸⁰ LKS:n kannanotto 8.11.1938 mapissa C. M., LKSA; Lääket. opintojen uudistamisesta. Medisiinari 4/1938, 16–18.

⁴⁸¹ Tarkkiainen Jukka: Lääketieteen opiskelusta. Medisiinari 3/1938, 1–3; Sihteerin palsta. Medisiinari 3/1938, 3, 13.

⁴⁸² Esim. Kake II, pakina: Tähtikuponkeja. Medisiinari joulukuu 1940, 32–33; Ahde Veikko: Lääketieteen kandidaattiseuran toimintakertomus v. 1940. Medisiinari 2/1941, 9–10; Pöytäkirja Lääketieteenkandidaattiseuran vuosi- ja talouskokouksesta 8.11.1940. Medisiinari 1/1941, 18–19.

⁴⁸³ Paloheimo Martti ja Väänänen Ilkka: Ajatuksia lääketieteen opintojen uudelleen järjestelyistä. SLAik 4/1942, 134–141; Paloheimo Martti: Lääketieteen opintojen uudistaminen. Medisiinari 3/1942, 5–10; Lääketieteelliset opinnot. Medisiinari 3/1943, 5–7.

⁴⁸⁴ Lääketieteelliset opinnot. Medisiinari 3/1943, 5–7; Kake II, pakina: Tähtikuponkeja. Medisiinari 3/1942, 13–15.

Vaikka tutkinnonuudistuksessa ammatillinen suuntaus painottui, uudistus oli kuitenkin kompromissi käytännöllisyyden lisäämistä vaatineiden ammattikunnan ja opiskelijoiden näkemysten sekä lääkärikoulutusta tieteellisistä lähtökohdista tarkastelleiden professorien välillä.⁴⁸⁵ Tutkintovaatimuksissa ei tingitty siitä vanhasta periaatteesta, että medisiinarien oli syvennyttävä kaikkiin tiedekunnan oppiaineisiin. Lähtökohtana oli, että peruskoulutus oli jatkossakin kaikille sama. Vaikka käytännöllinen osuus lisääntyi ja painottui, myös tieteellinen modernisointi toteutui: uudessa tutkinnossa keskityttiin nimenomaan lääketieteeseen, ei yleisiin luonnontieteisiin.⁴⁸⁶ Myös matemaattis-luonnontieteellinen osasto kannatti uudistuksia – medikofilin poistaminen olisi helpotus osastolle, koska lääketieteelliseen tiedekuntaan pyrkivät täyttivät tiedekunnan laitokset ja söivät resursseja muulta opetukselta. Uudistusehdotusta kommentoi myös lääkintöhallitus, joka puuttui erityisesti siihen, ettei yhteiskunnallisesta lääketieteestä ollut tulossa itsenäistä oppiainetta ja pakollista tutkintoainetta. Opintosuunnitelmaan lisätty pakollinen kurssi ei ollut riittävä.⁴⁸⁷ Kommentit eivät johtaneet enää muutoksiin.⁴⁸⁸ Konsistorissa työstiin ehdotus asetuksiksi opiskelijoiden ottamisesta tiedekuntaan ja lääketieteellisistä tutkinnoista, ja ne annettiin kesällä 1945.⁴⁸⁹

Kiinnostus lääketieteellistä tiedekuntaa kohtaan oli kasvanut sota-aikana. Alkututkinnon suorittaneiden määrä oli pudonnut 1930-luvun jälkipuoliskolla, mutta sodan aikana määrät alkoivat kasvaa ja kerääntyä, kun normaali opintojen rytmi häiriintyi. Talvisodan katkoksen vuoksi alkututkintoja suoritettiin keväällä 1941 jopa 183, mikä oli enemmän kuin ylioppilastulvan huippuvuosina. Jatkosodan alkuvaiheen jälkeen määrät nousivat jälleen korkeiksi, etenkin lukukaudella 1943–1944, jolloin 216 ylioppilasta suoritti medikofilin.⁴⁹⁰ Väli rauhan aikana keväällä 1941 tiedekuntaan otettiin lääketieteelliselle linjalle 40 ja hammaslääketieteelliselle 15.⁴⁹¹ Seuraavan kerran opiskelijoita otettiin lokakuussa 1942, jolloin lääketieteelliselle linjalle otettiin 53 ja hammaslääketieteelliselle 30 alkututkinnon suorittanutta.⁴⁹²

485 Ammattikunnan näkemyksestä ks. esim. Piironen P.: Lääketieteellisen opetuksen lyhentämisestä. SLAiK 4/1942, 128–133 ja Lääkintöhallituksen lausunto liitteenä lääket. tdk ptk 20.6.1944 (15\$), HYKA; Esimerkiksi alkuvaiheessa esillä ollut tiettyjen oppiaineiden (psykiatria, oikeuslääketiede ja hygienia) opetuksen supistaminen ei toteutunut. Myöskään lääkintöhallituksen toivomus synnytys- ja naisten tautien sekä lastentautien opetuksen antamisesta varhaisemmassa vaiheessa, jotta kandidaatit voisivat työskennellä kunnanlääkärien viransijaisina, ei johtanut muutoksiin. Tiedekunta halusi lyhentää opintoja nimenomaan rajaamalla mahdollisuuksia toimia viransijaisina. Ks. Lääketieteellisten opintojen uudistamissuunnitelma. Helsingin yliopiston asiakirjoja 1/1944.

486 Castrénin komitean mietinnössä huomautettiin, että kliininen vaihe ei olisi jatkossa enää niin käytännöllinen, vaan se sisältäisi myös useita teoreettisia aineita. Ks. komiteamietintö liitteenä lääket. tdk ptk 27.5.1941 (20\$), HYKA.

487 Lääkintöhallituksen ja matemaattis-luonnontieteellisen osaston lausunnot liitteinä lääket. tdk ptk 20.6.1944 (15\$), HYKA.

488 Lääketieteellisen tiedekunnan lausunto konsistorille liitteenä lääket. tdk ptk 19.12.1944 (3\$), HYKA.

489 Konsistorin kirje kanslerille liitteineen, saapuneet kirjeet 320/1945. HYKA; Lääket. tdk ptk liitteineen 6.3.1945 (5\$), HYKA; Suomen asetuskokoelma n:o 727 ja 728, 1945.

490 Kertomukset Helsingin yliopiston toiminnasta 1939–1944; Ks. myös Kaavio 1. Helsingin yliopistossa suoritettut lääketieteelliset tutkinnot 1927–1937, luku II.1 (Numerus clausus...)

491 Lääket. tdk ptk 21.1.1941 (33\$), HYKA.

492 Lääket. tdk ptk 20.10.1942 (5\$), HYKA.

Tämän jälkeen lääkäri- ja lääketieteilijä otettiin lukukausittain 55–65 ylioppilasta.⁴⁹³ Alkututkinnon suorittaneita oli kuitenkin selvästi enemmän kuin mitä sisään otettiin.

Turun lääketieteellinen tiedekunta saatiin perustettua sota-ajasta huolimatta tai juuri sen vuoksi.⁴⁹⁴ Valtioneuvosto asetti syyskuussa 1940 professori Mauno Vannaksen johtaman suunnittelevan komitean, joka sai mietintönsä valmiiksi kesällä 1942. Seuraavana vuonna eduskunta hyväksyi menoerän uutta tiedekuntaa varten, mikä käytännössä merkitsi tiedekunnan perustamista. Ennen tiedekunnan järjestäytymistä vuonna 1945 päätös- ja toimeenpanovalta oli tieteellisissä ja opetusasioissa Helsingin yliopiston lääketieteellisellä tiedekunnalla. Ensimmäiset professorit nimitettiin sisätautiopin, patologisen anatomian sekä bakteeriopin ja serologian aloille. Opetusta annettiin aluksi vain kandidaateille eli kliinisillä kursseilla ja professuureja perustettiin kurssien etenemisen mukaan. Opiskelijat suorittivat kandidaattitutkintonsa ja joitain klinisiä kursseja Helsingin tiedekunnassa vuoteen 1954 asti. Tutkintovaatimukset määritteli Helsingin yliopisto, joten myös Turussa siirryttiin uuteen opintojärjestykseen vuonna 1945.⁴⁹⁵

”Taas, kuten ennenkin, palaa täällä työlamppu lääkäriteinin lukukammiossa ja tiede ponnistelee ikuisessa tehtävässään: oppia tietämään mitä tiedetään ja tutkia, mikä on parempaa ja todempaa kuin se, mitä tiedetään.”

Näillä sanoin päätti professori Mauno Vannas juhlaesitelmänsä Turun yliopiston lääketieteellisen tiedekunnan vihkimätilaisuudessa lokakuussa 1943. Sen lisäksi että lääkärimäärän lisäys oli kiireellinen kysymys ja toinen tiedekunta oli muodostunut välttämättömäksi, varsinaissuomalaiselle Vannakselle oli epäilemättä suuri ilo saada olla mukana tiedekunnan vihkiäisjuhlassa ja nähdä toiveensa toteutuvan niin konkreettisella tavalla. Vaikka tiedekunnan aloitus oli pienimuotoinen, Vannas osasi jo ennustaa opetuksen hyvät puolet lähitulevaisuudessa: Turussa olisi hyvä aloittaa opinnot, sillä ryhmät tulisivat olemaan pieniä, opetusta antaisivat nuoret, innostuneet lääkärit ja uusi sairaala loisi hyvät puitteet kliiniselle opetukselle.⁴⁹⁶

* * * * *

Suomalainen lääkärikunta sitoutui 1930-luvulla vahvasti valkoisen, porvarillisen Suomen arvomaailmaan, jossa keskeistä oli kansallisen edun vaaliminen sekä kansan elinvoimaisuuden ja siveyden edistäminen. Lääkäreiden ja medisiinarien keskuudessa ilmeni kiinnostusta roduhygieniaan sekä intoa isänmaallisiin harrastuksiin ja maanpuolustustyöhön. Nämä teemat ilmensivät lääkärien suhdetta yhteiskuntaan ja sitoutumista sen kokonaisedun ajatukseen. Sodan puhjetessa maanpuolustustyöhön ja kouluttautumiseen käytetty energia vaikutti oikein suunnatulta. Myös kandidaatit määrättiin lääkärien tehtäviin talvi- ja jatkosodassa. Valtion – kuten

493 Lääket. tdk ptk 23.2.1943 (10\$), 21.9.1943 (25\$), 1.2.1944 (17\$), HYKA.

494 Ks. esim. lausunto valtioneuvoston asettaman komitean mietinnöstä koskien lääket. tdk:n perustamista Turkuun liitteenä lääket. tdk ptk 15.12.1942 (17\$), HYKA.

495 Tarmio 1993, 64, 68–72, 74–76, 83–86, 101.

496 Vannas Mauno: Lääkärikysymyksiä. Toisen lääketieteellisen tiedekunnan vihkimätilaisuudessa Turussa 2.10.1943 pidetty juhlaesitelmä. SLAik 5/1943, 163–172.

tiedekunnankin – näkökulmasta medisiinarien opintojen eteneminen oli tärkeää ja sitä tuettiin erityisin toimin. Sodan aikana myös toteutettiin lääkärikoulutuksessa kaksi tärkeää muutosta, jotka oli käynnistetty jo 1930-luvulla ja jotka vietiin läpi poikkeusjärjestelyjen keskellä. Turun yliopiston lääketieteellinen tiedekunta aloitti toimintansa vuonna 1943, ja uudet tutkintovaatimukset astuivat voimaan vuonna 1945.

III Ammatillisesti pätevän kutsumuslääkärin ihanne (1945–1958)

1. Yliopiston traditiomaailma ja sosiaalivaltion haaste

Ammatillinen tutkinto? Lääketieteen opinnot sodan jälkeisessä yliopistossa

”Tuntuupa aivan siltä kuin jonkinlainen tenttivimma olisi vallannut nykyisen kandidaattipolven. Mahdollisimman nopeasti lisensiaatiksi on useimpien tavoite.”

Näin havainnoi *Medisiinari*-lehden pakinoitsija opiskelijatovereitaan alkuvuodesta 1946.¹ Sodan jälkeen yliopistolle tulvi ylioppilaita, joita yhdisti tunne siitä, että oli etuoikeus saada opiskella. He halusivat edetä ripeästi, sillä monien opinnot olivat sota-aikana viivästyneet. Toisaalta myös jälleenrakennusajan tunnelma valtasi pian ylioppilaat: oli ryhdyttävä tarmokkaasti rakentamaan yhtenäistä ja eheää, itsenäisyytensä säilyttäneitä kansallisvaltiota. Akateeminen yhteisöllisyys oli voimakasta, ja sitä vahvistivat ylioppilaita yhdistäneet sotakokemukset ja asevelihenki. Laura Kolbe on todennut, että ylioppilastulva, eri sukupolvien samanaikainen opiskelu ja opintoihin liittynyt voimakas hyötyajattelu korostivat myös uudella tavalla yhteisöllisyyttä tietyn alan, laitoksen ja ammattikunnan kesken.² Tätä vahvisti yhteiskunnassa pian sodan jälkeen voimistunut ammatillinen ja korporatiivinen henki sekä eturyhmäajattelu.³ Lääketieteellisen tiedekunnan yhteisöllisyys oli voimistunut jo 1930-luvulla. Uutta oli opiskelijoiden ottaminen suoraan tiedekuntaan, jolloin jo nuorimmat ylioppilaat orientoituivat alusta asti tulevaan ammattiinsa. Yhteisöllisyyttä ilmensi tiedekunnan ja kandidaattiseurojen tiivistynyt yhteydenpito.

Sodan jälkeisessä ruuhkatilanteessa ylioppilaiden elämää leimasivat monet konkreettiset, opintoihin liittyvät ongelmat. Kun lääketieteelliseen tiedekuntaan tulvi sekä sodan kokeneita että uusia ylioppilaita, opintojen sovittaminen yhteen testasi järjestelmän venymistä. Samaan aikaan tiedekunnassa oltiin siirtymässä uuteen tutkintorakenteeseen. Yhtenäisiä periaatteita ja systemaattisia järjestelyjä

¹ Candidatus Cachecticus, pakina: *Medisiinarin meditatiioita*. *Medisiinari* 1/1946, 18–19.

² Kolbe 1993, 20–25, 56–58, 96–97.

³ Ammattijärjestöjen roolista ja merkityksestä sodan jälkeen esim. Bergholm 2005; Myös Ikonen 2003, 37–38.

tarvittiin, sillä sodan aikana opiskelleilla kursseilla oli hyvin vaihteleva määrä suoritettuja klinikkapalveluksia ja opintouudistuksessa palveluksien järjestystä oli muutettu. Helsingin yliopistossa tila- ja opetusresurssit eivät juuri olleet parantuneet, mutta Turun yliopiston lääketieteellisen tiedekunnan perustaminen toi merkittävää helpotusta poikkeusvaiheen järjestelyihin. Jotta jonotusta pystyttiin välttämään ja kaikkien opintoja edistämään, jouduttiin suorittamaan erikoisjärjestelyjä, kuten järjestämään vanhan järjestelmän mukaan opiskeleville kesäkursseja ja lähettämään kursseja Turkuun suorittamaan joitain klinikkapalveluksia. Järjestys ei kuitenkaan selkiytynyt hyvään aikaan. Opiskelijoiden kiire päästä tulevaan elämäntehtäväänsä ripeästi ja saada kiinni menetetyt vuodet aiheutti toisinaan myös ristiriitoja eri kurssien välille.⁴

Sodan kokeneiden kurssien ongelmia tuo hyvin esille kandidaatti Antti Telkän isännöimän kurssin kirje vuodelta 1947, jossa toivottiin ylimääräistä kesäkurssia. Kirjeen mukaan kurssin opiskeluaika oli muodostunut poikkeuksellisen pitkäksi, kurssilla oli suhteellisesti enemmän sotainvalideja kuin muilla kursseilla, kandidaateilla oli yhteensä 22 lasta ja velkataakkaa oli kertynyt yhteensä 6,5 miljoonaa markkaa.⁵ Tiedekunta pyrki mahdollisuuksien mukaan ottamaan huomioon kandidaattien ongelmat. Vielä 1940- ja 1950-lukujen vaihteessa järjestettiin kesäkursseja ja niille kandidaateille, joiden opintojen katsottiin eniten kärsineen sodan vuoksi.⁶ Vuonna 1945 tiedekunta laati Lääketieteenkandidaattiseuran aloitteesta yhteistyössä opiskelijoiden kanssa uuden kladijärjestyksen, joka määritteli kliinisten kurssien kokoonpanon ja ratkaisi järjestyksen amanuenssuureihin pyrittäessä. Siinä sotainvalideille myönnettiin hyvityksiä ja naisopiskelijat siirrettiin vuodella myöhempään kladiin.⁷ Vuonna 1947 pakollista amanuenssuuria, jota joutui kandidaattien mukaan jonottamaan jopa vuoden, muutettiin siten, että sen sai suorittaa sisätautien lisäksi kirurgian tai synnytys- ja naistentautien klinikoilla.⁸

Lääketieteen uudet tutkintovaatimukset astuivat voimaan elokuussa 1945.⁹ Ne toivat tiedekuntaan sisäänpääsykokeet, mikä merkitsi yliopisto-opinnoissa uutta elementtiä: ensimmäistä kertaa ylioppilaiden karsinta siirtyi siirtymävaiheista yliopiston portille. Uudet tutkintovaatimukset päättivät filosofisen tiedekunnan vanhan roolin muihin tiedekuntiin valmistavana asteena. Muutos ei heti näkynyt käytännössä, sillä lääketieteen ylioppilaat opiskelivat perusluonnontieteitä edelleen

4 Lääket. tdk ptk 17.10.1944 (14\$), 31.10.1944 (8\$), 9.1.1945 (31\$), 20.2.1945 (42\$), 20.3.1945 (36\$), 24.4.1945 (9\$), 2.10.1945 (12\$), 13.11.1945 (15\$), 29.1.1946 (22\$), 16.4.1946 (16\$), 7.5.1946 (27\$), 2.12.1946 (30\$), 28.1.1947 (39\$), 11.2.1947 (17\$), 27.5.1947 (10\$), 18.11.1947 (13\$), 2.12.1947 (15\$) liitteineen, HYKA; Myös esim. Kake II, pakina: Tähtikuponkeja. Medisiinari 1/1945, 9–10.

5 Kirje liitteinä lääket. tdk ptk 18.11.1947 (13\$), HYKA; Kyseiselle kurssille päätettiin järjestää kesäkurssit. Ks. lääket. tdk ptk 2.12.1947 (15\$), HYKA.

6 Lääket. tdk ptk 12.10.1948 (40\$), 9.11.1948 (27\$), 7.12.1948 (28\$), 14.12.1948 (27\$), 8.11.1949 (22\$), 22.11.1949 (10\$) liitteineen, HYKA; Myös Sihteerin palsta. Medisiinari 2/1949, 19.

7 Lääket. tdk ptk 24.4.1945 (27\$), 17.12.1946 (28\$), HYKA; Viikari Sauli: Nykyisistä kladiperusteista. Medisiinari 3/1945, 17–18.

8 Lääket. tdk ptk 27.5.1947 (10\$), 7.10.1947 (26\$), 18.11.1947 (13\$), 2.12.1947 (15\$), 16.12.1947 (32\$) liitteineen, HYKA; Vuonna 1948 amanuenssuurin suoritusmahdollisuudet laajennettiin lastenklinikkaan, ks. lääket. tdk ptk 11.5.1948 (33\$), HYKA; Vuonna 1950 päätettiin jättää synnytys- ja naistentautioppi pois pakollisen amanuenssuurin mahdollisista suoritusaineista, ks. lääket. tdk ptk 5.12.1949 (36\$), HYKA.

9 Ks. liite 3 Lääketieteen opintojen rakenne ja tutkintovaatimukset eri aikoina.

matemaattis-luonnontieteellisen osaston laitoksissa ja osaston opettajien johdolla. Vaikka uudistuksessa oli ollut tarkoitus siirtää opetus kokonaan lääketieteelliseen tiedekuntaan, siihen ei heti sodan jälkeen ollut resursseja. Periaatteellisella tasolla muutos oli joka tapauksessa tärkeä. Sen myötä lääketieteellisen tiedekunnan moderni, ammatillisesti suuntautunut koulutusohjelma-ajattelu alkoi levitä yliopistossa.¹⁰ Samalla entinen käsitys yliopistoon kasvamaan tulleesta ja vähitellen oman alansa löytävästä ylioppilaasta syrjäytyi käsityksellä ylioppilaasta, joka oli etukäteen valinnut elämänuransa ja pyrki määrätietoisesti sitä kohti. Sodan jälkeisen ylioppilastulvan vuoksi sisäänpääsyrajoitukset otettiin pian käyttöön myös maatalous-metsätieteellisessä tiedekunnassa ja matemaattis-luonnontieteellisessä osastossa. Jälleen kerran 1940- ja 1950-lukujen ylioppilastulvakeskusteluun liittyi käytännöllisten seikkojen lisäksi aatteellisia ja periaatteellisia näkökulmia, kuten halu säilyttää oppineiston perinteinen asema, pelko maisterien liikatuotannosta ja akateemisesta työttömyydestä sekä huoli tason laskusta.¹¹

Elokuussa 1945 järjestettiin lääketieteelliseen tiedekuntaan pyrkiville ensimmäistä kertaa sisäänpääsykokeet eli karsintakurssit fysiikassa ja kemiassa. Kuuden viikon kurssien jälkeen pidettiin fysiikan, kemian ja eläintieteen kuulustelut. Niiden arvosanojen sekä ylioppilas- ja koulutodistusten perusteella tiedekuntaan otettiin lääketieteelliselle linjalle 25 ja hammaslääketieteelliselle linjalle 10 opiskelijaa. Hakijoita karsintakurssille oli otettu yhteensä 115 – heistä 91 haki lääketieteelliselle ja 24 hammaslääketieteelliselle linjalle.¹² Sisäänottomäärät olivat pieniä, sillä alkuvuosina elettiin siirtymäaikaa, jolloin tiedekuntaan otettiin edelleen myös matemaattis-luonnontieteellisessä alikutukinnon suorittaneita. Syksyllä 1945 tiedekuntaan otettiin medikofilin perusteella 56 lääkäriksi haluavaa ja 25 hammaslääkäriinlinjalle.¹³ Kun lääketieteelliseen pääsi vanhan perinteen mukaisesti myös filosofian kandidaattitutkinnon suorittaneita¹⁴, tiedekuntaan tuli opiskelijoita kolmea eri linjaa pitkin. Eri reittien hallitsemiseksi määrättiin, että alikutukintoa opiskeleva ei saanut hakea sisään valintakokeissa. Samalla määriteltiin, että karsintakurssien kautta tiedekuntaan sai pyrkiä kaksi kertaa, mutta uudelleen yrittäjiltä vähennettiin pisteitä.¹⁵

Alkuvuosina säännöksiä jouduttiin jatkuvasti tarkentamaan, sillä kiinnostus lääketieteellistä tiedekuntaa kohtaan oli suurta. Kilpailu paikasta oli ankaraa, ja

10 Klinge on todennut, että filosofisen tiedekunnan roolin päättyminen propedeuttisen opetuksen antajana muihin tiedekuntiin nähdessä merkitsi ”entistä selvempää ammattisuuntautuneisuutta ja ammatillisen identiteetin vahvistumiskehityksen jatkumista Yliopistossa”. Ks. Klinge 1990, 167.

11 Pohdintaa numerus clausuksen merkityksestä myös ks. Klinge 1990, 167–170; Kolbe 1993, 202–204, 211–212.

12 Lääket. tdk ptk 18.9.1945 (8\$), HYKA. Myöhemmin päätettiin, että myös sodan aikaisista palveluksista sai lisäpisteitä. Ks. lääket. tdk ptk 23.10.1945 (14\$), HYKA.

13 Lääket. tdk ptk 18.9.1945 (6\$), HYKA.

14 Filosofian kandidaattitutkinnon suorittaneilla tuli olla vähintään arvosana *cum laude approbatur* kemiassa sekä arvosanat fysiikassa ja eläintieteessä. Filosofian kandidaatteja saattoi kerrallaan olla 5 % sisään otetuista, ja heitä hyväksyttiin vuosittain muutamia. Konsistorin kirje kanslerille liitteineen, saapuneet kirjeet 320/1945. HYKA.

15 Ehdotus perusteiksi lääketieteelliseen tiedekuntaan opiskelijoita otettaessa. Liitteenä lääket. tdk ptk 18.9.1945 (7\$), HYKA; Lääket. tdk ptk 14.8.1945 (24\$), 23.10.1945 (14\$), HYKA.

vuosia 1945–1948 leimasivat kahteen rinnakkaiseen sisäänpääsyjärjestelmään liittyneet ristiriidat.¹⁶ Anomukset siirtyä hammaslääkäriinlinjalta lääketieteelliselle linjalle olivat yleisiä.¹⁷ Jotkut opiskelijat valmistautuivat pääsykokeisiin opiskelemalla karsintakurssien aineita joko yksityisesti tai yliopistossa lukukauden tai kaksi. Tätä reittiä yritettiin padota alusta alkaen muun muassa vähentämällä pisteitä matemaattis-luonnontieteellisessä opiskelevilta.¹⁸ Siirtymäajan loppuvaiheessa keväällä 1947 joukko medikofiilin opiskelijoita valitti tiukoista kiintiöistä, joiden takia he olivat jääneet rannalle valinnoissa. Tiedekunnan kielteisen vastauksen jälkeen osa opiskelijoista valitti edelleen kanslerille. Myös lääkintöhallitus otti kantaa valittajien puolesta vedoten lääkäripulaan ja opiskelijoiden intoon päästä opiskelemaan lääkäreiksi. Tiedekunta joutui taipumaan, ja valitusten perusteella sisään otettiin ylimääräisinä sekä alkututkinnon että karsintakokeet aiempina vuosina hyvin arvosanoin suorittaneita, jotka olivat tiukkojen kiintiöiden takia tulleet hylätyiksi. Perusteluna oli opiskelijoiden kohtuullinen ja oikeudenmukainen kohtelu.¹⁹ Kun tiedekunnan oli purettava medikofiilin muodostamaa ruuhkaa, uusien ylioppilaiden mahdollisuudet päästä sisään olivat vuosina 1945–1947 erittäin pienet. Kokonaisuutena määrät olivat kuitenkin suuremmat kuin mitä konsistorin alainen siirtymävaiheen järjestelyjä pohtinut toimikunta oli suunnitellut.²⁰

Tutkinnonuudistus muutti lääketieteen opintoja systemaattisemmiksi, koulu- maisemmiksi ja tehokkaammiksi, mutta traditio säilyi edelleen vahvana. Sisään- pääsykuulusteluja edeltävät karsintakurssit ja perusluonnontieteiden opiskelu kandidaattitutkinnossa olivat tavallaan medikofiilitutkinnon jatke, jonka yksi tarkoitus oli tasata eri kouluista tulevien tietomääriä.²¹ Uusien tutkintovaatimusten mukaisesti kandidaattitutkinto tuli suorittaa viidessä lukukaudessa. Liseniaattitutkin- toon sisältyi seitsemän lukukautta palveluksia eri klinikoilla, ja kunkin palveluksen päätteeksi suoritettiin kyseisen aineen tentti. Klinikkapalvelukset eivät sinänsä muuttuneet, vaan suurimmat muutokset koskivat uusien oppiaineiden ja kurssi- en lisäämistä tutkintovaatimuksiin (röntgenologia, neurologia, sosiaalilääketiede, tuberkuloosioppi) sekä kurssien ja palvelusten suoritusjärjestyksen vaihtamista. Uudet oppiaineet olivat kaikki sellaisia, joiden lisäämistä opinto-ohjelmaan oli pitkään pohdittu. Tuberkuloosiopin opetus liittyi vuonna 1943 perustettuun pre- sidentti Svinhufvudin lahjoitusprofessuuriin. Liseniaattitutkintoon tuli nyt myös käytännön valmiuksia täydentävä pakollinen sisätautiopin amanuenssipalvelu, jon-

16 Ristiriidat tulivat esille myös Medisiinari-lehdessä, ks. Candidatus Cachecticus, pakina: Medisiinarin meditatioita. Medisiinari 3/1946, 16–17.

17 Ks. esim. lääket. tdk ptk 12.3.1946 (13\$), 24.9.1946 (18–19\$), 28.1.1947 (16\$), 9.9.1947 (40\$), HYKA.

18 Lääket. tdk ptk 11.9.1945 (13\$), 23.10.1945 (14\$), 27.5.1947 (8\$), HYKA.

19 Lääket. tdk ptk 29.4.1947 (10\$), 13.5.1947 (5\$), 27.1.1948 (9–11\$), 24.2.1948 (8\$), 8.3.1948 (6\$), 23.3.1948 (9\$), 13.4.1948 (13\$), 27.4.1948 (6\$), 26.5.1948 (35\$), 1.6.1948 (38\$), 14.9.1948 (43\$), HYKA.

20 Toimikunnan mietintö liitteenä suuren konsistorin ptk 16.5.1945 (1\$), HYKA.

21 Esim. matemaattis-luonnontieteellisen osaston lausunto liitteenä lääket. tdk ptk 20.6.1944 (15\$), HYKA; P. E. Simolan lausunto liitteenä lääket. tdk ptk 9.3.1943 (13\$), HYKA; LKS:n kirje tiedekun- nalle liitteenä lääket. tdk ptk 6.3.1945 (8\$), HYKA; Viittaus koulujen huonoon kemian opetukseen myös liitteessä lääket. tdk ptk 21.9.1948 (29\$), HYKA; Vastaava karsintakurssijärjestelmä toteutettiin myös Teknillisessä korkeakoulussa, ks. Nykänen 2007, 40–44.

ka pituudeksi määriteltiin kolme kuukautta²². Kokonaisuudessaan opintojen suorittamiseen ohjelman mukaisesti arvioitiin kuluvan yhteensä kuusi ja puoli vuotta ottamatta huomioon mahdollista ruuhkaa ja jonotusta.²³

Klinikkapalvelusten suoritusjärjestyksen muuttamisesta seurasi, että kandidaatit pääsivät aiempaa myöhemmin kunnanlääkärien viransijaisiksi, sillä tähän tehtävään vaadittiin synnytys- ja naistentautien ja lastentautien palvelusten suorittaminen. Ne oli siirretty viimeisille lukukausille. Tarkoituksena oli nimenomaan estää kandidaateilta viransijaisuudet aiemmin, jotta opinnot eivät viivästyisi tai keskeytyisi ja jotta taattaisiin kandidaattien paremmat valmiudet hoitaa sijaisuuksia.²⁴ Tämä oli vastoin ammattikunnan, lääkintöhallituksen ja kandidaattien näkemyksiä. Prosessin aikana kandidaatit esimerkiksi esittivät, että tutkintoon otettaisiin pakollisena osana tietty aika toimintaa kunnanlääkärin viransijaisena.²⁵ Sodan jälkeisenä aikana viransijaisuudet tarjosivat vanhan järjestelmän mukaan opiskelleille tervetulleita mahdollisuuksia hankkia toimeentuloa, sillä sijaisille oli kova kysyntä.²⁶

Tiedekunta pyysi LKS:ltä lausuntoa uusista tutkintovaatimuksista keväällä 1945, jolloin asetusmuutosta jo valmisteltiin. Kandidaatit olivat huolissaan erityisesti ”tenttipakosta”, jota myös eräät professorit kritisoivat prosessin aikana. Aiemmin lopputentit oli saanut suorittaa vapaassa aikataulussa klinikkakurssien jälkeen, mutta nyt tentti oli suoritettava kunkin kurssin päätteeksi. Kandidaattien mielestä uusi tenttijärjestelmä oli ristiriidassa akateemisen vapauden periaatteiden kanssa. Lisäksi pelättiin, että se ”riistäisi lääketieteeltä mahdollisuuden osallistua ylioppilaiden vapaisiin harrastuksiin”. Uuden järjestelmän ei katsottu johtavan tiedon syvälyiseen omaksumiseen vaan pikemminkin nopeaan suorittamiseen ja ulkolukuun.²⁷ Tenttijärjestelmä tuli kuitenkin voimaan ja vakiintui, vaikka sen tiukkuudesta myöhemmin tingittiinkin.²⁸

22 Pakollisen amannuussuurin saattoi suorittaa 5. tai 6. lukukautta seuraavana kesänä sisätautien klinikassa tai muissa hyväksytyissä sisätautien sairaaloissa. Lisäksi kandidaatit ja 1. vuoden lisensiaatit saattoivat vapaavalintaisesti palvella enintään kahdessa muussa klinikassa. Ks. Helsingin yliopistossa lääketiedettä ja hammaslääketiedettä opiskelevien vuonna 1945 vahvistetut uudet tutkintovaatimukset 1946.

23 Helsingin yliopistossa lääketiedettä ja hammaslääketiedettä opiskelevien vuonna 1945 vahvistetut uudet tutkintovaatimukset 1946. Ks. liite 3 Lääketieteen opintojen rakenne ja tutkintovaatimukset eri aikoina. Tiedot professuureista ks. liite 4 Lääketieteen professorit 1930–1969.

24 Lääketieteellisten opintojen uudistamissuunnitelma. Helsingin yliopiston asiakirjoja 1/1944.

25 Ammattikunnan näkemyksestä ks. Piironen P.: Lääketieteellisen opetuksen lyhentämisestä. SLAik 4/1942, 128–133; Asiasta mainitaan myös Lääkintöhallituksen lausunnossa uusista tutkintovaatimuksista, liitteenä lääket. tdk ptk 20.6.1944 (15§), HYKA; Kandidaattien näkemyksistä esim. Paloheimo Martti ja Väinänen Ilkka: Ajatuksia lääketieteen opintojen uudelleen järjestelyistä. SLAik 4/1942, 134–141; Paloheimo Martti: Lääketieteen opintojen uudistaminen. Medisiinari 3/1942, 5–10; Lääketieteelliset opinnot. Medisiinari 3/1943, 5–7.

26 Wegelius 1998, 97–101.

27 LKS:n kirje liitteenä lääket. tdk ptk 6.3.1945 (8§), HYKA; Professorien kannanotoista ks. erityisesti Yrjö Meurmanin lausunto liitteenä lääket. tdk ptk 9.3.1943 (13§), HYKA. Meurman kirjoittaa mm.: ”Tavalla, jolla tutkinnot nyt tahdotaan suoritettaviksi, emme kasvata harkitsevia lääkäreitä.”; Myös Lääketieteen kandidaattiseurayön toimintakertomus v:lta 1945. Medisiinari 1/1946, 9–14.

28 Esim. lääket. tdk ptk 26.5.1948 (33§), HYKA.

Medisiinarikunta: opiskeluolot ja koostumus

”Suomalaisten lääketieteen kandidaattien on syytä tukea seuraansa ja asettaa kykynsä sen käytettäväksi, sillä vain tarmokkaalla oma-aloitteisella toiminnalla voimme edessä olevina henkisesti ja materiaalisesti vaikeina aikoina helpottaa edes jossain määrin opiskelumahdollisuuksia.”

Näin kirjoitti enteellisesti LKS:n sihteeri Leo A. Kaprio syksyllä 1944 välirauhan solmimisen jälkeen. Tulevaisuus oli utuinen ja selvää oli vain, että edessä oli uudelleenorientoitumisen ja niukkuuden aika ja että kandidaattien yhteistoiminnalta kysyttiin uudenlaista kykyä parantaa opiskeluolosuhteita.²⁹ Sodanjälkeisiä vuosia leimasi laajasti epätietoisuus tulevasta. Jälleenrakennusajan suuri selviytymiskertomus onkin myöhemmin rakennettu kuva. Julkisuudessa alkoi kuitenkin pian mehengen luominen, joka vahvisti kansallista yhtenäisyyttä sekä asetti yhteiskunnan toimijat yhtäläisesti vastuuseen maan suunnasta.³⁰ Vastuullisuus ja omatoimisuus ilmeni myös ylioppilailla, joiden toiminnan linjaksi muodostui aktiivisuus omien opiskeluolojen parantamisessa – ylioppilaskuntien poliittis-aatteellinen toiminta vaihtui opintososiaaliseen niin sanottuun ”huoltotoimintaan”. Aktiivisuus suuntautui ylioppilaiden asuntotilanteen ja ruokailumahdollisuuksien, terveydenhuoltopalveluiden, taloudellisten olosuhteiden sekä kurssikirjojen ja opintomateriaalin saatavuuden parantamiseen. Suuria asuntolahankkeita vauhditettiin kansalaiskeräyksillä, joihin myös medisiinarit osallistuivat.³¹

Kandidaattiseurat terävöittivät rooliaan ”huoltotoiminnan” saralla samansuuntaisesti muiden ylioppilasyhdistysten kanssa. Jo sotavuodet olivat osoittaneet, että medisiinarien järjestöt oli vahvemmin organisoitava yhteisten asioiden tehokasta hoitamista varten.³² Opiskeluolosuhteiden parantamiseksi LKS ja Thorax käynnistivät heti vuonna 1945 kurssikirjakampanjan ja keräsivät lääkärikunnalta kirjoja yhdistysten yhteiseen kirjastoon. Myös Ruotsista saatiin kirjalahjoitus. Kun oppikirjapula oli pahentunut sodan aikana, LKS oli alkanut julkaista professorien luennoista monisteita, ja niiden toimittaminen jatkui.³³ Lisäksi pohdittiin ennen sotia esitettyä ajatusta saada kandidaateille mahdollisuus asua klinikoilla kurssien aikana. Asia ajankohtaistui, kun uutta keskussairaalaä oltiin suunnittelemassa, mutta asuntolaa ei kuitenkaan ryhdytty ajamaan.³⁴ Helsingissä naistenklinikan kurssin kandidaatit saivatkin asua ryhmittäin parin viikon ajan sairaalassa, jotta he pääsivät

29 Kaprio Leo A.: Ongelmia opiskelun alkamista odotellessa. Medisiinari 3/1944, 5–6.

30 Kivimäki, Hytönen ja Karonen 2015, 35–36; Auvinen, Holmila ja Lehtimäki 2015, 232.

31 Kolbe 1993, 126, 132, 217, 220–229; Ketonen 2001, 43–46, 51–56, 106–122; Aalto 2003, 35–42; Hanski 1997, 171–177, 190; Nykänen 2007, 56–60; Myös Turku: Turun yliopiston ylioppilaskunnan talohankkeesta. Medisiinari 3/1951, 35–37; Kandiasuntola. SLL 24/1965, 1636.

32 Esim. Lääketieteenkandidaattiseura vuosina 1941–1943. Medisiinari 3/1944, 10–14.

33 Oppikirjoja kandidaateille! SLAik 2/1945, 47–49; Hiltunen Reino: Piirteitä 20-vuotiaan elämästä. Medisiinari 1/1952, 16–24; Kaprio Leo A.: Ongelmia opiskelun alkamista odotellessa. Medisiinari 3/1944, 5–6; Joitain luentosarjoja oli monistettu jo ennen sotaa, ks. Turpeinen Eero: Piirteitä Lääketieteenkandidaattiseuran toiminnasta. Medisiinari 2/1937, 9–12.

34 Kulhia Yrjö: Valvokaa etujanne. Medisiinari 1/1947, 8–10; Candidatus Cachecticus, pakina: Medisiinarin meditatioita. Medisiinari 1/1947, 19–20; Lehtinen Yrjö: Lopetetaan ”valvominen” ja ryhdytään

seuraamaan synnytyksiä. ”Gynen” kandikerroksen menetys sairaanhoitajien asuntolaksi vuonna 1952 aiheutti huomattavaa mielenkuohua opiskelijoiden keskuudessa. Tällöin huomautettiin, että opetuksen seuraamisen lisäksi kandikerroksessa asumisella oli merkitystä lääkärikuntaan sosiaalistumiselle: *”Jo monen vuoden ajan on lääkärikunta oppinut pitämään mainittua klinikkaa paikkana, jossa on tilaisuus oppia ja jossa leppoisassa toverielämässä vasta opitaan tuntemaan oma kurssi.”*³⁵ Koska mahdollisuus seurata synnytyksiä oli tärkeä, professori Aarno Turunen alkoi ajaa uusien tilojen rakentamista. Uusi kandiasuntola valmistui jo vuonna 1954, ja se ristittiin ”Fornixiksi”.³⁶

Keskittyminen opinto-olosuhteiden parantamiseen merkitsi ammatillisen suuntauksen vahvistumista kandidaattiseuroissa yhteisöllisen ja aatteellisen toiminnan kustannuksella. Suunnanmuutosta luonnehdittiin LKS:n vuoden 1945 toimintakertomuksessa, jossa todettiin seuran yhä enemmän pyrkineen esiintymään *”ammattiyhdistyksen luontoisena karttaen puuttumasta kysymyksiin, jotka ovat medisiinarien yhteisten etujen ulkopuolella”*.³⁷ Samanlaista uudelleenmäärittelyä tehtiin Thoraxissa, jonka todettiin aloittaneen toimintansa toveripiirinä, mutta uusien tehtävien myötä ammatillinen rooli, *”karaktär av fackklubb”*, oli vahvistunut.³⁸ Suuntaus oli virinnyt jo 1930-luvulla toiminnassa amanuenssien palkkauksen parantamiseksi, jolloin oli esitetty ajatus seurojen modernista painostustoiminnasta, lakosta.³⁹ Sodan jälkeen lakkoajastusta pyörilleet medisiinarit olivat valmistuneet ja siirtyneet toimimaan Nuorten Lääkärien Yhdistyksessä (NLY), joka alkoi ajaa lääkärien taloudellis-ammattillisen edunvalvonnan linjaa. Kun samaan aikaan yhteiskunnassa vallitsi ammatillisten eturyhmien merkitystä korostanut ilmapiiri, kandidaattien oli helppo samaistua NLY:n suuntaukseen.⁴⁰ Sodan jälkeen amanuenssien palkkakysymys nivottiin NLY:n toimiin apulaislääkärien palkkauksen parantamiseksi. Pakollista amanuenssuuria opintojen osana yritettiin käyttää perusteluna pienelle palkalle, vaikka merkittävä osa amanuenssuureista oli ylimääräisiä palveluita ja niitä suorittivat myös valmistuneet lisensiaatit.⁴¹ Parannus saatiin aikaan vuoden 1952 nuorten lääkärien palkkataistelun myötä, kun amanuenssien palkkoja korotettiin

töihin! Medisiinari 2/1947, 21–24; Selontekoa kansainvälisestä kongressista Englannissa kesällä 1948. Medisiinari 3/1948, 5–10; Ks. myös Keskussairaala internaatiksi? Medisiinari 2/1939, 14.

35 Gynen kuulumisia. Medisiinari 2/1945, 13–14; Sihteerin palsta. Medisiinari 1/1952, 25–30; Myös lääket. tdk ptk 15.1.1952 (42§), 29.1.1952 (61§) liitteineen, HYKA.

36 Kuukauden kasvot. Medisiinari 1/1953, 16–18; Kandikerros nousee. Medisiinari 5/1954, 30; Vihdoinkin valmiina! Medisiinari 7/1954, 22–25.

37 Kosonen Tapani: Lääketieteenkandidaattiseura ry:n toimintakertomus v:lta 1945. Medisiinari 1/1946, 9–14.

38 Bheim (Gösta Björkenheim): Thorax fönster utåt. Medisiinari 3/1946, 19–20.

39 Lääketieteen kandidaattien yhteisen kokouksen ptk 14.11.1938 ja 9.11.1938, mapissa LKS 1934–1935, LKSA; Jälkimmäinkejä amanuenssikysymyksestä 4/1938, 20–21.

40 Medisiinari-lehdessä julkaistiin mm. LKS:n aktiivi Väinö Pensalan esitelmä NLY:n vuosikokouksessa 1945. Ks. Pensala Väinö: Lääkärien ammatillisen yhdistyksen tarpeellisuudesta. Medisiinari 2/1945, 8–10; Kandidaattien suhteesta NLY:hyn myös, ks. Rauramo Lauri: Amanuenssien palkkakysymys. Medisiinari 3/1945, 10–15.

41 Rauramo Lauri: Amanuenssien palkkakysymys. Medisiinari 3/1945, 10–15; Kosonen Tapani: Lääketieteenkandidaattiseura ry:n toimintakertomus v:lta 1945. Medisiinari 1/1946, 9–14; Amanuenssin toimista. Medisiinari 3/1950, 19–21; Myös Mäkimattila 1958, 50–51; Akateemiset urat 1956, 38.

apulaislääkärien palkkojen ohella. Tällöin turvauduttiin jo uusiin painostuskeinoin: joukkoirtisanoutumisiin.⁴² Myöhemminkin LKS joutui toisinaan huomauttamaan palkattomista amanuenssuureista.⁴³

Tärkeän panoksensa LKS ja Thorax antoivat medisiinarien taloushuolien helpottajina perustamalla opintolainojen takausrenkaat. Yleisesti sodan jälkeen ylioppilaiden taloudellinen tilanne oli vaikea, ja pitkien opintojen rasittamat medisiinarit olivat erityisen ahkeria lainanhakijoita. Vuonna 1949 Helsingin yliopiston ylioppilaskunta ja yliopisto perustivat yhdessä uuden Ylioppilaiden opintolainarahaston tukemaan vähävaraisia ylioppilaita. Lainan saamiseksi oli oltava kaksi vakavaaista takaajaa, minkä vuoksi Rotary-järjestöt perustivat takausjärjestelmän ylioppilaille.⁴⁴ Tämä innoitti medisiinariseuroja kokoamaan vanhempien lääkäreiden avustuksella omat takausrenkaat. LKS teki yhteistyötä Duodecim-seuran ja Thorax Finska Läkarsällskapetin kanssa, joiden jäsenistöstä kerättiin halukkaat takaajat. Lainat anottiin Ylioppilaiden opintolainarahastosta, ja mahdollisuus hakea lainaa koski myös Turun medisiinareita. Opiskelijan oli henkilökohtaisesti hankittava allekirjoitukset takaajilta, ja tällöin hänellä oli mahdollisuus selostaa heille opintojensa kulkua.⁴⁵ Takausrenkaat ovat jälleen yksi esimerkki perinteestä luoda kollegiaalisia tukijärjestelmiä lääkärikunnan jäsenten auttamiseksi.⁴⁶

Arkinen opiskelu sodan jälkeen oli muodoiltaan varsin samanlaista kuin ennen. Yliopisto-opintojen ja lääketieteellisen tiedekunnan arvostuksesta kertoo kova kilpailu sisäänpääsystä. Yliopiston pääarakennuksen ”uuden puolen” ala-aulan lista lääketieteelliseen hyväksytyistä muodostui tulevaisuuteen liitettyjen toiveiden, odotusten ja pettymysten symboliksi. Listan tutkimisen jännittävää hetkeä on kuvannut muistelmissaan muun muassa myöhempi psykiatrian professori Kalle Achté. Opintojen aloittamisessa tärkeitä perinteitä olivat yliopiston matrikkeliin kirjoittautuminen ja rehtorin kättely – näin nuori ylioppilas tuli yliopistoyhteisön jäseneksi. Laajasti ottaen perinteet olivat yliopistossa arvossaan. Perinnemaailmassa toimiminen ja selviytyminen edellyttivät opiskelijoilta monenlaista ”piilotietämystä”. Medisiinarien opinnoista löytyy tästä lukuisia esimerkkejä, ja tärkeää oli alusta alkaen päästä selville toimintatavoista. Esimerkiksi ensimmäisen lukukauden opintoihin kuuluivat eläintieteen leikkelyharjoitukset, joita varten jokaisen lääketieteen ylioppilaan piti pyydystää tai muuten hankkia kissa, joka sitten tapettiin ja preparoitiin.⁴⁷ Kissojen pyydystämisestä kerrottiin tarinoita, jotka kasautuivat medisiinarien perinnekerrrostumiin. Hiljaista tietoa kertyi myös oppiaineista ja opettajien tavoista. Professoreista ja muista opettajista kerrotuissa tarinoissa

42 Levä 2010, 257–260; Mäkimattila 1958, 55–56; Sihteerin palsta. Medisiinari 1/1953, 31–32.

43 Pykälistä poimittua. LKS:n johtokunnan kokous 28.2. (5\$). Medisiinari 4/1953, 33–34; Carpén Eero: Totuus amanuenssuureista. Medisiinari 7/1953, 20–22; Lääket. tdk ptk 17.1.1956 (14\$), 27.11.1956 (23\$) liitteineen, HYKA.

44 Sihteerin palsta. Medisiinari 2/1949, 19; Myös Strömberg 1990, 526; Kolbe 1993, 225–227.

45 Soila Pekka: Takausrengas. Medisiinari 2/1950, 25–26; Professori Väinö Seiro kutsuttu Lääketieteenkandidaattiseuran kunniajäseneksi. Medisiinari 3/1951, 6; Medicinarklubben Thorax 1956, 38; Myös Ignatius 2012, 357–358.

46 Lääkäriliiton kollegiaalisista tukijärjestelmistä ks. Aalto 2010, 58, 76.

47 Achté 1993, 17, 23; Lääkärintyön muistoja 2006, 28–29, 35; Myös Tytti, pakina: Medikofilari ja minä sotapolulla. Ylioppilaslehti 15/1935, 274.

ja kaskuissa nousee esille yliopiston kasvatuksellinen puoli – opetus ei ollut vain lääketieteellisen tiedon välittämistä vaan siihen liittyi myös laajempi sivistyksellinen näkökulma. 1940–1950-lukujen lääketieteellisessä tiedekunnassa humanistista sivistysperinnettä välittivät muun muassa anatomian apulaisprofessori Martti J. Mustakallio ja fysiologian professori Yrjö Reenpää. Muistelmissa nostetaan esiin Mustakallion eli Mustin latinan ja kreikan kielen taito sekä antiikin kulttuurin tuntemus. Reenpää oli filosofiasta vaikutteita saanut aistinfysiologi ja laajasti aktiivinen kulttuuripersona, jonka luennot vaikuttivat kuulijoista usein enemmän filosofialta kuin luonnontieteeltä. Myös moni klinisen alan professori-ylilääkäri oli persoonallisuus, jonka erityispiirteet ja terävät huomiot jäivät kandidaattien mieleen – kuten kirurgian professori Väinö Seiro ja sisätautiopin professori William Kerppola.⁴⁸

Vaikka lääketieteessä vallitsi tietty käsitys siitä, mitä tietoja ja taitoja tulevien lääkärin tuli oppia, opetuksen sisältö vaihteli akateemisen vapauden periaatteen mukaan. Yleisellä tasolla opinnot pyrkivät valmistamaan ennen kaikkea kunnanlääkäreitä. Tämä tavoite myös ohjasi monien medisiinarien oppimista. Jos jokin klininen palvelus ei tuntunut riittävästi vastaavan työssä tarvittavaksi katsottuja taitoja, lisäoppia haettiin vapaaehtoisesta työskentelystä. Puutteellisia tietoja pyrittiin täydentämään kyselemällä assistenteilta ja toisilta opiskelijoilta. Käytännön lääkärin kannalta keskeinen oli klinikkapalvelusten alkuun sijoitettu propedeutinen jakso, jossa opiskeltiin sisätautiin ja kirurgian klinikoilla. Niissä opittiin anamneesin ottamista ja statuksen tekemistä. Propedeuttiseen kurssiin tuli vuonna 1953 uutuutena anestesiologian luennot⁴⁹. Klinikkoilla kandidaattien tehtäviin kuului muun muassa omien potilaiden hoitaminen, näytteiden tutkiminen ja sairauskertomusten kirjoittaminen. Kliinisillä luennoilla kandidaattien oli esiteltävä omia potilaita. Sairaaloiden ilmapiiri oli muodollinen, kandidaateilta edellytettiin siistiä pukeutumista ja professorit puhuttelivat heitä ”tohtoreiksi”⁵⁰. Laitoksilla, erityisesti teoreettisilla, tarjoutui mahdollisuuksia tutkimustyöhön tai sellaisessa avustamisessa, millä oli merkitystä erikoistumaan pyrkiville.⁵¹

Kurssiyhteisöllisyys ja kurssien traditiot olivat tärkeä osa sodanjälkeistä opiskelua. *Medisiinari*-lehdessä kuvattiin vuonna 1945 tunnelmaa synnytyksen ja naisten tautien klinikalla: ylilääkärin lämmin ja ystävällinen suhtautuminen sekä hoitajattarien apu, tuki ja omien kokemustensa jakaminen olivat kandidaateille suureksi hyödyksi. Kurssi oli päättynyt traditionaaliseen juhlaan, jossa kandidaatit, opettajat ja ylihoitajattaret kokoontuivat ”Klaus Kurjen Vääksy-saliin viettämään iltaa iloisin ja toverillisen yhdessäolon merkeissä” ja jossa vanhaan tapaan nautittiin puheista, lauluista ja opettajia luonnehtivasta hauskaasta kurssikronikasta.⁵² Myöhempi sisätautiin professori Otto Wegelius on kertonut muistelmissaan, että naistenklini-

48 Achté 1993, 28–30, 36, 56–59, 96–97; Lääkärintyön muistoja 2006, 33–34; Myös Toivonen 1987, 102–103.

49 Kuukauden kasvot. *Medisiinari* 5/1953, 20–22. Ensimmäinen anestesiologian dosentti Lauri Aro nimettiin tuolloin.

50 Esim. TLKS 2006, 85.

51 Lääkärintyön muistoja 2006, 36–51; W. J. Kaipainen 2002, 70–71.

52 Gynen kuulumisia. *Medisiinari* 2/1945, 13–14.

kalla päivystettäessä kandidaateilla oli aikaa keskustella keskenään. Sodan jälkeen ei puhuttu politiikasta eikä sodasta, vaan arkisemmista asioista, usein esimerkiksi opettajista ja potilaista.⁵³

Medisiinarikunta oli edelleen yläluokkaista, kuten valtiot. maist. Paavo Kolin tutkimus syyslukukaudella 1951 Helsingin yliopistossa opiskelleiden sosiaalisesta taustasta toi esille. Akateemisen sivistyksen saaneiden tai johtavassa asemassa olevien jälkeläisiä oli 57 prosenttia.⁵⁴ Suurimpina yksittäisinä ammattiryhminä Koli nosti esille lääkärit, joiden jälkeläisiä oli 10 prosenttia medisiinareista, ja maanviljelijät, joiden lapsia oli 17 prosenttia.⁵⁵ Ammattikierron näkökulmasta lääkärin ammatin periytyminen vaikutti vahvalta: lääkärin lapsista lääketiedettä opiskeli 33 prosenttia. Samalla tavalla periytyi lakimiehen ammatti.⁵⁶ Myös muut tutkimukset opiskelijoiden sosiaalisesta taustasta vahvistavat kuvaa yläluokkaisuudesta. Arto Nevalan tutkimuksessa ovat mukana molempien yliopistojen medisiinarit – tosin suurin osa opiskeli Helsingin yliopistossa. Nevalan mukaan vuonna 1950 heistä 49 prosenttia tuli yläluokasta (isän ammatti ylempi toimihenkilö tai yrittäjä), 19 prosenttia alempien toimihenkilöiden perheistä, 9 prosenttia työväestöstä ja 23 prosenttia maatalousväestöstä. Vuonna 1960 vastaavat luvut olivat: ylemmät toimihenkilöt ja yrittäjät 44 prosenttia, alemmat toimihenkilöt 22 prosenttia, työväestö 13 prosenttia ja maatalousväestö 21 prosenttia.⁵⁷

Alueellisen ja sosiaalisen taustan vaikutuksia pohtivat *Medisiinari*-lehdessä vuonna 1955 kandidaatit Mikko Niemi ja Timo Ruokolainen, jotka olivat tehneet tutkielman aiheesta. Taustalla oli keskustelu Pohjois-Suomen ja muiden harvaan asuttujen seutujen lääkäripulasta. Helsingin yliopiston lääketieteen opiskelijoista 31 prosenttia oli ajanjaksolla 1945–1954 kotoisin Helsingistä ja yhteensä kaupungeista ja kauppaloista oli kotoisin kaksi kolmasosaa. Niemi ja Ruokolainen arvelivat, että suurin osa ryhtyisi myös harjoittamaan ammattiaan mieluummin kaupungissa kuin maaseudulla. Helsingin vetovoimaa lisäsi se, että pitkä opiskeluaika pääkaupungissa rientoineen oli omiaan kiinnittämään medisiinarin jo opintojen aikana Helsinkiin, jolloin maaseudulle palaaminen vaati erityistä päättäväisyyttä tai taloudellista pakkoa. Medisiinareissa oli runsaasti virkamiesten lapsia, ja monet jatkoivat lääkäri-isiensä jalanjäljissä. Niemi ja Ruokolainen arvioivat, että tämä oli otollinen pohja tuleville medisiinareille, sillä virkamiesperheissä tunnettiin akateemisia perinteitä ja opiskelua sekä voitiin antaa sellaista tukea ja ohjausta, ”*jota ammatin va-*

53 Wegelius 1998, 90–91.

54 Kolin tutkimus perustuu ammattiryhmittelyihin, ei sosiaalisiin luokkiin tai eri ammattien asemiin, ks. Koli 1952, 3–6; Tutkimuksen mukaan medisiinarien tausta oli tarkemmin ottaen seuraava: teknillisten ammattien harjoittajat, opettajat ja vapaiden ammattien harjoittajat 38,6%, johtajat, toimihenkilöt ym. 18%, myyntitehtävissä olevat 8,1%, maa- ja metsätalouteen ja uuttoon liittyvät ammatit ym. 20,8%, kuljetustehtävissä olevat 3,1%, teollisuus- ja käsityöntekijät ym. 3,2%, palveluksia suorittavat 6,5% ja muut 1,7%, ks. Koli 1952, taulukko s. 12.

55 Koli 1952, 11.

56 Koli 1952, 13, 16.

57 Nevala 1999, 202 taulukko lääketieteen uusien opiskelijoiden sosiaalinen tausta; Myös Korkeakoulu-opiskelijoiden alueellinen ja sosiaalinen tausta 1940–1969 vuodelta 1972, liitetaulukko 36 sivuilla 156–158.

litseminen ja opintojen aloittaminen lääketieteellisessä tiedekunnassa vaativat”.⁵⁸ Näin Niemi ja Ruokolainen nostivat esille kodin kulttuuripääoman ja hiljaisen tiedon merkityksen lääkäriksi hakeutumisessa.

Helsingin lääketieteellisessä tiedekunnassa naisopiskelijoiden määrä oli lisääntynyt sodan aikana. Sodan jälkeisinä vuosina naisten oli kuitenkin väistettävä miehiä. Tähän vaikuttivat sodan jälkeen sovelletut, miesmedisiinareita ja -pyrkijöitä suosineet käytännöt sekä miesten paluu sodasta. 1950-luvulla naisten määrä Helsingin tiedekunnan opiskelijoista oli 39 prosentin tuntumassa.⁵⁹ Koko yliopistossa naisten määrä nousi 1950-luvun alun 47 prosentista 1960-luvun alun 54 prosenttiin.⁶⁰ Arto Nevala on todennut, että miesenemmistö säilyi yliopistossa erityisesti aloilla, jotka olivat varhain rajoittaneet sisäänpääsyä ja joissa opiskelijamäärä kasvoi hitaasti. Nevalan mukaan karsintakurssit vahvistivat naisten suuntautumista ”perinteisille aloille” ja hidastivat toisten alojen naisistumista.⁶¹ Toisaalta on huomattava, että naisten osuus vaihteli tiedekunnittain, eikä lääketieteellinen ollut erityisen miesvaltainen. Esimerkiksi Helsingin yliopistossa vuonna 1950 naisten osuus oli lääketieteellisessä tiedekunnassa ja matemaattis-luonnontieteellisessä osastossa 38–39 prosenttia, kun se teologisessa ja maatalous-metsätieteellisessä oli 30 prosentin tuntumassa, valtiotieteellisessä 26 prosenttia ja lainopillisessa vain 11 prosenttia läsnä olleista ylioppilaista.⁶² Kaavio 4 osoittaa, että naisten määrä pysyi lääketieteellisessä tiedekunnassa varsin vakaana, vaikka heidän suhteellinen osuutensa laski sotavuosista.

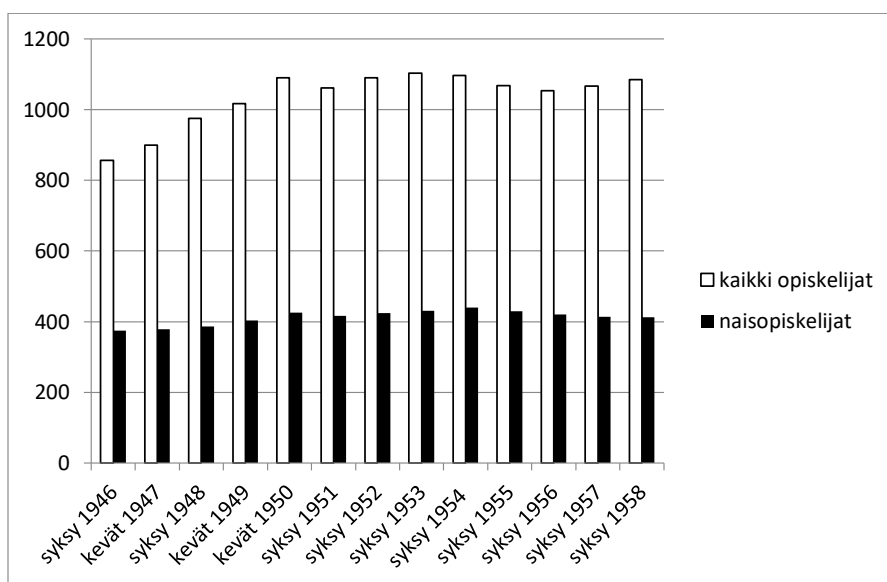
58 Niemi Mikko ja Ruokolainen Timo: Medisiinarien jakautuminen isän ammatin ja kotipaikan mukaan. *Medisiinari* 3/1955, 9–15.

59 Ks. liite 1 Helsingin yliopiston lääketieteellisen tiedekunnan läsnä olevat opiskelijat 1931–1969.

60 Strömberg 1990, taulukko sivulla 526; Myös mts. 540–542.

61 Nevala 1999, 112.

62 Kolbe 1993, 248–249.



Kaavio 4. Lääketieteellisen tiedekunnan läsnä olevat opiskelijat 1946–1958.⁶³

Sodan jälkeinen miesopiskelijoiden suosiminen ja naisten syrjintä sekä vapaaehtoinen syrjään vetäytyminen oli yleismaailmallinen ilmiö.⁶⁴ Tämä näkyi myös lääketieteellisen tiedekunnan käytännöissä. Syksystä 1945 alkaen ylioppilas sai tiedekuntaan pyrkiessään puolustusvoimien tai työvelvollisuuspalveluun kuluneesta ajasta lisäpisteitä sekä valintakokeissa että alkututkinnon suorittaneiden karsinnassa.⁶⁵ Vaikka naiset saivat sodanaikaisesta työpalvelusta pisteitä, pistemäärät jäivät helposti miehiä pienemmiksi, sillä työpalvelujaksot olivat yleensä lyhempiä ja perustuivat vapaaehtoisuuteen.⁶⁶ Päästäkseen tiedekuntaan naisten oli kompensoitava tilannetta. Näin ollen vuosina 1945 ja 1946 lääketieteelliseen tiedekuntaan kirjoittautuneilla naisylioppilailla oli Helsingin yliopiston korkeimmat ylioppilastutkinnon arvosanat – tosin myös lääketieteellisen miesylioppilailla oli korkeammat arvosanat kuin muihin tiedekuntiin kirjoittautuneilla.⁶⁷

Vuonna 1950 eräät naisylioppilaat anoivat pääsyä lääketieteelliseen sillä perusteella, että heidän oli miesten palattua sodasta ollut vaikea päästä tiedekuntaan

⁶³ Helsingin yliopiston luettelot 1946–1958.

⁶⁴ Kolbe 1993, 250–251.

⁶⁵ Lääket. tdk ptk 18.9.1945 (7§), 23.10.1945 (12§) liitteineen, HYKA.

⁶⁶ Työvelvollisuuslaki vuodelta 1942 koski 15–65-vuotiaita suomalaisia ja sen avulla pyrittiin ohjaamaan työvoimaa sinne, missä sitä tarvittiin. Kuitenkin nuorison työskentely, kuten työpalveluun osallistuminen, perustui yleensä vapaaehtoisuuteen. Ks. Näre ja Kirves 2008, 66–68, 79–81, 87; Ilona Kemppaisen mukaan sota-aikana yleinen ilmapiiri suosi vapaaehtoisuutta, eikä työvelvollisuuslakia ilmeisesti jouduttu soveltamaan laajasti käytäntöön. Ks. Kemppainen 2005, 460–461; Lottajärjestö tosin oli virallinen osa puolustusvoimia vuodesta 1941 lähtien, ja osa lotista toimi puolustusvoimien palveluksessa rintamalla. Myös muita naisia oli puolustusvoimien palveluksessa. Lottien lähtö komennukselle ”kenttätaloksi” perustui kuitenkin vapaaehtoisuuteen. Ks. Olsson 2005, 435, 441–442.

⁶⁷ Korkeakoulukomitean mietintö 1956 liite, III, myös taulukko 8.

eivätkä he saaneet jatkaa opintojaan matemaattis-luonnontieteellisessä osastossa, koska kemian laboratoriotöihin ei kelpuutettu medikofilitutkinnon suorittaneita naisia. Tiedekunta ei kuitenkaan suostunut pyyntöön.⁶⁸ Tiedekuntaan päässeet naiset taas joutuivat siirtymään vuoden 1945 kladijärjestyksessä suoraan vuotta myöhemmälle kurssille. Vuosina 1949–1951 sodassa vuosia menettäneille järjestettiin kesäkursseja, joille otettiin vain sotilaspassin tai sotilaspäätöksen perusteella. Kummassakaan tapauksessa ei otettu huomioon naisten sodan aikaista palvelua lottina tai muissa töissä, mitä nimetön naiskandidaatti valitti *Medisiinarissa* vuonna 1949 ”katkeraksi vääryydeksi”. Hänelle vastanneet kandidaattiseurojen puheenjohtajat katsoivat, ettei naisten sodan aikana suorittama, yleensä vapaaehtoinen työpalvelu ollut verrattavissa miesten maanpuolustustehtäviin, sillä se ei ollut aiheuttanut yhtä suuria menetyksiä opintojen etenemisen kannalta.⁶⁹

Sotaa käyneissä maissa ilmeni 1940–1950-luvuilla ilmiö, josta on käytetty käsitettä ”familismin vastaisku”. Naiset tekivät työelämässä tilaa miehille ja vetäytyivät kodin piiriin. Julkisuudessa naisten tehtäväkentäksi määriteltiin nimenomaan koti ja äitiyden arvostus nousi. Suomessa naisten osuus työelämässä oli kuitenkin kansainvälisesti verrattuna korkea.⁷⁰ 1940- ja 1950-luvuilla suomalaisten naisten identiteetissä ilmeni ristiriita perinteisen perheenäidin ja modernin, ansiotyötä tekevän kansalaisen roolin välillä. Tätä syvensi voimakas perhe- ja kotikeskeinen ilmapiiri. Sodan jälkeiset vuodet olivat akateemisten avioliitojen ja lasten syntymisen vuosia. Kuitenkin myös avioliitossa elävät naiset olivat yhä useammin ansiotyössä ja naisten panosta työelämässä myös tarvittiin. Esimerkiksi hammaslääkäri- ja lääkärinaiset jatkoivat yleensä työntekoa perheen perustamisen jälkeenkin.⁷¹ Tilanne ei kuitenkaan ollut helppo, sillä keskustelussa sukupuolirooleista ja naisten opiskelusta esiintyi yhä oletuksia naisten miehiä heikommista lahjoista.⁷² Lääkärikunnassa tämä ilmeni epäilyksinä naisten voimista ja kyvyistä toimia kunnanlääkäreinä.⁷³ Naiskandidaatin hankalaa asemaa pohti huumorin keinoin ”Mikki” puheessaan miehelle LKS:n vuosijuhlassa vuonna 1947. ”Mikin” mukaan jo propedeuttisella klinikalla nuorimpia ”kandipoikia” seurasivat sairaanhoitajaoppilaiden ihailevat katseet. Jos naismedisiinari pääsi naistenklinikan synnytyshuoneeseen assistentiksi, potilas osoitti lähellä liikuskelevaa mieskandia sanoen *”eikö neiti pyydä tohtoria katsomaan minuakin”*. Puheen lopusta on vaikea sulkea pois myös ironisia sävyjä: *”En käsitä, kuinka me yleensä jaksaisimme kulkea omaa kivistä polkuamme, jos ei meillä aina olisi silmissämme Teidän loistavaa uraanne.”*⁷⁴

Epäilykset naisten kyvyistä suorittaa yliopisto-opintoja liittyivät siihen, että naiset keskeyttivät opintonsa useammin yleensä naimisiinmenon ja perheen perustamisen vuoksi. Laura Kolbe on myös liittänyt keskeyttämiset naisten heikkoon

68 Lääket. tdk ptk 17.1.1950 (14\$), 31.1.1950 (11\$), HYKA.

69 Viikari Sauli: Nykyisistä kladiperusteista. Medisiinari 3/1945, 17–18; Nimim. Per aspera ad astra, mielipidekirjoitus: Katkeraa vääryyttä. Medisiinari 4/1949, 24–25.

70 Julkunen 2010, 84–85.

71 Kolbe 1993, 250–255.

72 Kolbe 1993, 271–277.

73 Kuukauden kasvot. Medisiinari 7/1953, 16–18.

74 Mikki: Puhe miehelle. Medisiinari 2/1947, 32–33.

itseluottamukseen, kannustuksen ja esikuvien puutteeseen.⁷⁵ Lääketieteellisessä tiedekunnassa opintojen keskeyttäminen oli yleisesti harvinaisempaa kuin muissa tiedekunnissa. Vuoden 1956 valtion korkeakoulukomitean mietintöön sisältyi liitteinä tutkimukset Helsingin yliopiston vuosina 1930 ja 1931 sekä 1945 ja 1946 kirjoittautuneiden opiskelijoiden opintomenestyksestä. Lääketieteellisen tiedekunnan keskeyttämisprosentit olivat ehdottomasti yliopiston alhaisimmat: vuonna 1930 tiedekuntaan kirjoittautuneista oli keskeyttänyt opintonsa kuusi prosenttia, vuonna 1931 kirjoittautuneista yksi prosentti⁷⁶. Samat luvut vuosien 1945 ja 1946 osalta olivat seitsemän ja nolla. Naisten ja miesten välillä ei ollut merkittäviä eroja. Lääketieteelliseen tiedekuntaan päätyneet naiset eivät siis keskeyttäneet helpolla opintoja, joihin pääseminen oli heille erityisen vaikeaa.⁷⁷ Kuitenkaan medisiinarit eivät aina – systemaattisesti järjestetyistä opinnoista huolimatta – edenneet suoraa opintopolkua pitkin. Maija-Liisa Paljakka on myöhemmin muistellut, että hänen Aasis-kurssiltaan 1950-luvun alussa parikymmentä ylioppilasta ei suorittanut kandidaattitutkintoa tavanomaisena ajankohtana. Syyt olivat moninaiset. Osa oli lapsen hoidon takia kotona, osa asepalveluksessa ja osa siirtynyt muille aloille. Suurin osa kuitenkin jatkoi opintoja myöhemmin.⁷⁸

Lääketieteellisen tiedekunnan opettajakunnassa oli vähän esikuvia naismedisiinareille. Helsingin yliopiston ensimmäinen naispuolinen professori Laimi Leidenius oli tosin nimitetty synnytys- ja naistentautien alalle vuonna 1930.⁷⁹ Leidenius kuoli vuonna 1938. *Medisiinari*-lehden muistokirjoituksessa häntä luonnehdittiin asialliseksi, lämminsydämiseksi ja vaatimattomaksi.⁸⁰ Seuraava naisprofessori Helsingin tiedekunnassa oli Eeva Jalavisto, joka toimi vuosina 1949–1966 fysiologian henkilökohtaisena ylimääräisenä professorina. Silmätautiopin professorina toimi vuosina 1961–1984 Salme Vannas. Nämä kolme olivat tutkimusajanjaksolla tiedekunnan ainoat naisprofessorit, eikä 1960-luvulla perustettujen apulaisprofessuurien haltijoiksi tullut yhtään naista.⁸¹ Muiden opettajien joukossa oli joitain naisia. 1950-luvulla dosentti Göta Tingvald-Hannikainen opetti tuberkuloosihoitotyötä ja fysioterapiaa Saima Tawast-Rancken, josta tuli vuonna 1955 fysikaalisen lääketieteen dosentti.⁸² Turun yliopiston ensimmäisenä silmätautiopin professorina toimi vuosina 1945–1951 Hilja Teräskeli, joka oli tiedekunnan ainoa naisprofessori tutkimusajanjaksolla.⁸³ Naismedisiinareille läheisempiä samaistumisen kohteita olivatkin ehkä amanuensseina ja apulaislääkäreinä klinikoilla työskennelleet naiset.

75 Kolbe 1993, 272–275.

76 Esim. historiallis-kielitieteellisen ja matemaattis-luonnontieteellisen osaston opinnot keskeytti 50 prosenttia ylioppilaista. Korkeakoulukomitean mietintö 1956, liite, taulukko 11 s. 100.

77 Korkeakoulukomitean mietintö 1956, liite, taulukko 11 s. 100 ja taulukko 11 s. 113; Tarkempia tietoja keskeyttäneiden määristä on vaikea esittää, koska niitä ei ole koottu mihinkään.

78 Lääkärintyön muistoja 2006, 35.

79 Naiset olivat saaneet vuonna 1926 oikeuden hakea valtion korkeimpia virkoja, myös professuureja.

80 Muistokirjoitus: Prof. Laimi Leidenius. *Medisiinari* 4/1938, 5–6; Hietala ja Leikola: Laimi Leidenius. Kansallisbiografia.

81 Ks. liite 4 Lääketieteen professorit 1930–1969.

82 Achté 1993, 103, 115.

83 Tarmio 1993, 89.

Alempiarvoinen tiedekunta? Lääketieteen opetus alkaa Turussa

Lääketieteen opetus käynnistyi Turun yliopistossa syksyllä 1943. Sotavuosina opetusta annettiin – kuten Helsingissäkin – puolustusvoimien palveluksesta lomautetuille kursseille. Syksyllä 1945 Turussa alkoi ensimmäinen kliininen kurssi, joka jäi suorittamaan koko lisensiaattitutkintonsa uudessa opinahjossa. Kandidaattitutkinto suoritettiin vielä Helsingin tiedekunnassa. Turun tiedekunnalla oli myös heti sodan jälkeen merkittävä rooli Helsingin opiskelijaruuhkien helpottajana.⁸⁴ Kun medisiinarit kotiutettiin sodasta, osa kursseista lähetettiin Turkuun ja isompia kursseja jaettiin tiedekuntien välillä. Kladijärjestys ratkaisi opiskelupaikkakunnan, vaikka myös opiskelijan perhesuhteet ja kotipaikka pyrittiin ottamaan huomioon.⁸⁵ Jo tässä vaiheessa syntyi yhdellä kurssilla kiistaa siitä, ketkä ”joutuisivat” Turkuun. Tällöin tiedekunta päätti, että kandidaatti, joka ei halunnut mennä Turkuun, sai jäädä odottamaan seuraavan kurssin alkua Helsinkiin, jolloin hän kladiasemansa perusteella pääsi kurssille. Erityisesti ruotsinkieliset kandidaatit vierastivat täysin suomenkielistä Turun yliopistoa, jonka perustamisen taustalla olivat aikoinaan olleet kieliryhmien väliset ristiriidat ja jossa mahdollisuudet käyttää ruotsia olivat heikot. Helsingin lääketieteellinen tiedekunta pyysikin Turun yliopistolta, että ruotsinkieliset kandidaatit saisivat käyttää omaa äidinkieltään klinikkatyöskentelyssä.⁸⁶

Periaatteessa tarkoituksena oli, että Helsingin lääketieteelliseen tiedekuntaan otettaisiin vuosittain 65 ylioppilasta, joista kandidaattitutkinnon suorittamisen jälkeen 25 jatkaisi opintojaan Turun tiedekunnassa. Turkuun menisivät kandidaattitutkinnon arvosanojen perusteella laaditun kladijärjestyksen 25 viimeistä tai ne, jotka olivat vapaaehtoisia siirtymään. Tämä ei kuitenkaan 1940-luvun jälkipuoliskolla toteutunut.⁸⁷ Jo sodan jälkeisessä ruuhkassa nousivat esille myös tulevana vuosina yleiset ongelmat. Perussääntö oli, että kladijärjestys ratkaisi opiskelukaupungin. Ruotsinkielisille tuli kuitenkin mahdollisuus jäädä Helsinkiin suorittamaan jotain tiettyä klinikkaa suomenkielisellä puolella, ja siirtymiä tapahtui myös suomenkielisiltä kursseilta ruotsinkielisille.⁸⁸ Keväällä 1947 helsinkiläiset kandidaatit anoivat, että he saisivat jäädä kladiasemasta riippumatta opiskelemaan kotikaupunkiinsa taloudellisista syistä. Tiedekunta kuitenkin katsoi kandidaattiseurojen lausuntoihin nojaten, ettei helsinkiläisille voitu antaa tällaista etuoikeutta. LKS:n lausunnossa nimittäin muistutettiin, että myös monilla maakunnista tulevilla oli mahdollisuus asua sukulaisten luona tai muita siteitä Helsinkiin. Jälleen kerran tiedekunta päätti,

84 Tarmio 1993, 83–84, 93.

85 Lääket. tdk ptk 17.10.1944 (14\$), 31.10.1944 (8\$), 19.12.1944 (4\$) liitteineen, HYKA.

86 Lääket. tdk ptk 9.1.1945 (31\$), 23.1.1945 (15\$), 20.2.1945 (40\$) liitteineen, HYKA; Myös TLKS 1996, 36.

87 Tarmio 1993, 93.

88 Lääket. tdk ptk 11.9.1945 (17\$), 18.9.1945 (26\$) liitteineen, HYKA; Thoraxin historiikin mukaan ruotsinkieliset saivat suorittaa Helsingissä ne kliiniset kurssit, joilla opetus oli ruotsiksi, ks. Medicinarklubben Thorax 1956, 36. LKS:n historiikin mukaan taas näin ei nimenomaan ollut, ks. Mäkimattila 1958, 69. Tällaista päätöstä ei myöskään löydy tiedekunnan pöytäkirjoista.

että kandidaatit voisivat kuitenkin jäädä Helsinkiin odottamaan seuraavaa kurssia.⁸⁹ Jonottaminen oli ilmeisesti varsin yleistä, koska keväällä 1949 tiedekunta pyrki tiukentamaan linjaansa odottajiin nähden. Lopulta päädyttiin ratkaisuun, jota Medicinarklubben Thorax oli esittänyt jo vuonna 1947: että karsintavaiheessa ratkaistiin, ketkä opiskelijoista jatkaisivat opintojaan kandidaattivaiheen jälkeen Helsingissä ja ketkä Turussa. Tätä sovellettiin ensimmäisen kerran syksyllä 1949 sen periaatteen mukaan, että karsinnassa korkeimman pistemäärän saaneet 40 saivat jatkaa kandidaattitutkinnon suoritettuaan Helsingissä, elleivät he olleet hakeneet vain Turkuun, ja loput menivät Turkuun.⁹⁰

Ensimmäisinä vuosina Turun kurssit tulivat harvoin täyteen, sillä monet kandidaatit käyttivät kaikki keinot jäädäkseen Helsinkiin. Syksyllä 1949 tilanne oli erityisen huono, mikä sai Turun tiedekunnan dekaani Osmo Järven kirjoittamaan *Medisiinari*-lehdessään julkaistun pakinan, jossa humoristiseen sävyyn ruodittiin kandidaattien syitä jäädä Helsinkiin tyyliin *”toiset saa pitää boksinsa, toiset taas friidunsa”*.⁹¹ Turun tiedekunta valitti tilanteesta Helsingin tiedekunnalle, sillä Turun I kliiniseen kurssille oli tulossa vain kaksi kandidaattia. Helsingin professorit olivat kuitenkin haluttomia lähettämään opiskelijoita Turkuun vastoin näiden tahtoa.⁹² Turun kurssilaisten määrä jäi siis jatkuvasti alle tavoitellun 25 opiskelijaa; Timo Tarmio on arvioinut kurssien keskimääräisen koon olleen 15 kandidaattia vuosina 1945–1951.⁹³ Vasta vuonna 1949 aloitettu käytäntö, jonka mukaan opiskelijat jo valintavaiheessa jaettiin eri paikkakunnille, selkiytti tilannetta hieman.⁹⁴ Turun tiedekunnan houkuttelevuutta ei epäilemättä myöskään helpottanut kladijärjestyksen soveltaminen: kun kladin viimeiset määrättiin siirtymään Turkuun ja kladijärjestys perustui kandidaattitutkinnon arvosanoihin, tiedekunta sai leiman opinnoissaan ”huonommin” menestyneiden opinahjona. Sama arvojärjestys säilyi siirryttäessä vuonna 1949 valitsemaan opiskelijat eri linjoille valintakokeen yhteydessä.

Timo Tarmio on katsonut, että Turun tiedekunnan vieroksunnan taustalla vaikutti käytännöllisten syiden lisäksi muun muassa Lääketieteenkandidaattiseuran kielteinen suhtautuminen tiedekunnan perustamiseen sen suunnitteluvaiheessa. Tuolloin LKS:ssä katsottiin, ettei maassa rauhan oloissa vallinnut sellaista lääkäripulaa, että uutta tiedekuntaa olisi tarvittu. Lisäksi kandidaatit eivät pitäneet hyvänä suomalaisen medisiinariyhteisön hajoamista.⁹⁵ Tätä taustasyitä on vaikea arvioida,

89 Lääket. tdk ptk 1.4.1947 (33\$), 29.4.1947 (30\$), 27.5.1947 (9\$) liitteineen, HYKA.

90 Lääket. tdk ptk 29.4.1947 (30\$), 8.2.1949 (14\$), 22.2.1949 (59\$), 8.3.1949 (17\$), 29.3.1949 (13\$), 10.5.1949 (28\$), 27.9.1949 (5\$) liitteineen, HYKA.

91 Decan-Usko: Puhelimessa. Medisiinari 3/1949, 20–21.

92 Lääket. tdk ptk 13.9.1949 (28\$) liitteineen, HYKA; Decan-Usko: Puhelimessa. Medisiinari 3/1949, 20–21; Myös Tarmio 1993, 93–96.

93 Tarmio 1993, 96.

94 Tosin vielä tämänkin jälkeen ongelmia oli ruotsinkielisten kandidaattien kanssa, jotka olivat hakeneet karsintakursseilla sekä Helsinkiin että Turkuun, mutta tultuaan valituiksi ”Turun linjalle” eivät kuitenkaan kielisyydestä halunneet siirtyä sinne. Ks. lääket. tdk ptk 20.11.1951 (61\$), 4.12.1951 (19\$), 18.12.1951 (24\$), 29.1.1952 (67\$), 3.3.1953 (16\$) liitteineen, HYKA.

95 Tarmio 1993, 96–97. Tarmio esittää, että LKS piti kladijärjestystä parhaimpana tapana määrätä opiskelijat Turkuun siksi, että Turkua pidettiin selkeästi kakkosvaihtoehtona. Tämä on varmasti osittain totta, mutta kladijärjestystä pidettiin epäilemättä myös oikeudenmukaisempana tapana jakaa opiskelijat kuin kotipaikkaa, koska LKS:ssä toimi paljon paljon muualta Suomesta tulleita medisiinareita. Sen sijaan – toisin

mutta medisiinareilla oli joka tapauksessa sellainen käsitys, että Turku oli vähemmän houkutteleva opiskelupaikka.⁹⁶ Tarmio liittyy Turun vieroksunnan myös siihen, että Helsingin lääketieteellisessä tiedekunnassa ainoana yliopistossa käytössä olleet sisäänpääsyrajoitukset nostivat tiedekunnan ja sen opiskelijoiden statusta, jolloin siirto Turkuun oli kolaus ennako-odotuksille.⁹⁷ Totta on, että lääketieteellisellä tiedekunnalla oli korkea statusarvo, mutta se tuskin liittyi *numerus clausus*-seen, vaan enemmänkin lääkäreiden yleisesti arvostettuun asemaan sekä opinnoista luotuun kuvaan pitkinä, kalliina ja raskaina, joista vain harvat ja lahjakkaimmat pystyivät suoriutumaan. *Numerus clausus* tuli lääketieteellisen jälkeen varsin pian maatalous-metsätieteelliseen tiedekuntaan, mikä ei kuitenkaan johtanut tiedekunnan statuksen nousuun. Sen sijaan huomionarvoista on, että medisiinareista suurin osa tuli yhteiskunnan yläluokasta, jolle opiskelu pääkaupungin valtioyliopistossa saattoi olla statuskysymys sinänsä. Luultavasti yksi syy Turun vieroksuntaan on ollut nopeasti muodostunut maine tiedekunnan alemmasta tasosta ja opiskelijoiden keskuudessa kerrotut legendat Turkuun joutumisen välttelystä.

Turun vieroksuntaan saattoivat vaikuttaa myös Helsingin yliopiston vahvat opiskelijakulttuurin ja -elämän perinteet.⁹⁸ Helsingin ylioppilaselämä oli pitkälti rakentunut osakuntien ympärille, ja niiden merkitys oli erityisen suuri maakunnista muuttaneille. Turun yliopistossa toimi osakuntien tapaisia maakunnallisia kerhoja, mutta kun Turkuun tultiin vasta kandidaateina, niihin ei luultavasti samalla tavalla kotiuduttu. Helsingiläisen ylioppilaselämän merkityksen voi havaita LKS:n lausunnosta tiedekunnalle koskien opiskelijoiden jakoa Helsinkiin ja Turkuun: kotipaikan ei tullut asiaa ratkaista, koska myös maakunnista tulleet joutuisivat Turkuun siirtyessään eroon ”*kouluaikaisesta HY:oon siirtyneestä toveripiiristään*”.⁹⁹ Turussa ilmeni alkuvaiheessa myös ongelmia medisiinarien ja muiden opiskelijoiden suhteissa. Ylioppilaskunta yritti asettaa lääketieteen kandidaatit beaanien eli ensimmäisen vuoden opiskelijoiden asemaan, mikä ei miellyttänyt jo tutkinnon suorittaneita kandidaatteja. Aatteellisilla seikoilla lieene ollut merkittävä osuus etenkin ruotsinkielisten medisiinarien suhtautumisessa turkulaiseen ylioppilastoimintaan. AKS oli 1930-luvulla dominoinut merkittävästi Turun yliopiston ylioppilaskuntaa (TYY), ja suomenkielisyyden aate oli ollut voimakas. Kandidaatit anoivatkin yliopistolta, että he saisivat jäädä ylioppilaskunnan ulkopuolelle, mutta tähän ei suostuttu.¹⁰⁰ Alun perin tämän toiveen oli esittänyt Medicinarklubben

kuin Tarmio näkee – Medicinarklubben Thoraxin puoltama kotipaikan ensisijaisuus taas selittyy pitkälti sillä, että ruotsinkielisistä medisiinareista suurin osa oli kotoisin Uudeltamaalta.

96 LKS:n kirje liitteenä lääket. tdk ptk 9.1.1945 (31\$), HYKA. Lausunnossa sanotaan, että Helsinki tarjoaa ”toistaiseksi” houkuttelevammat opiskelumahdollisuudet.

97 Tarmio 1993, 97.

98 Tarmio 1998, 98.

99 LKS:n lausunto liitteenä lääket. tdk ptk 9.1.1945 (31\$), HYKA; Osakuntien merkitykseen viitataan myös tekstissä K. J.: Kuinkas Turkuun tulit? Medisiinari 2/1954, 50–51; Turussa maakuntakerhot muutettiin osakunniksi 1950-luvun lopulla, ks. Ketonen 2001, 159–162.

100 Tarmio 1993, 98–100; Ketonen 2001, 35–37. Ketosen tulkitsee, että turkulaismedisiinarit olisivat ottaneet mallia LKS:ltä, joka oli pyrkinyt saamaan osakuntien jäsenyyden 1930-luvulla vapaaehtoiseksi medisiinareille. Tätä on kuitenkin vaikea todentaa. Ruotsinkielisten mielipide lieene ollut tärkeämpi syy kuin mahdollinen LKS:n muinainen esimerkki.

Thorax, sillä ruotsinkieliset eivät halunneet liittyä suomenkieliseen TYY:hyn.¹⁰¹ Sodan aikana ruotsinkieliset medisiinarit olivat hakeutuneet Turussa opiskellessaan mukaan Åbo Akademin ylioppilaskunnan toimintaan.¹⁰²

Turun lääketieteellisen tiedekunnan toiminnan käynnistämisessä ilmeni myös monia vaikeuksia. Ongelmat liittyivät muun muassa työnjakoon sairaaloiden kanssa, vakinaisen professorikunnan kiinnittämiseen, tiloihin, opetusvälineisiin ja kirjastoon. Turun tiedekunnan kakkosasema tuli näkyville vielä 1950-luvun puolivälissä, jolloin esiintyi huhuja siitä, että virantäytöissä oli suosittu Helsingissä erikoistuneita Turussa erikoistuneiden kustannuksella. Tapaus kertoo Tarmion mukaan jatkuvista epäilyksistä Turun alempiarvoisesta asemasta.¹⁰³ Toisaalta selvää oli, että opiskelun ja lääkäriksi kasvamisen kannalta uudella tiedekunnalla oli tarjota lukuisia etuja: pienet kurssit, opettajien ja opiskelijoiden läheisempi suhde, henkilökohtaisempi ohjaus ja paremmat mahdollisuudet saada käytännön opetusta. Yhteisöllisyys uudessa tiedekunnassa oli voimakasta, ja suhde opettajien ja opiskelijoiden välillä oli tuttavallinen.¹⁰⁴ Erkki Kivalo on myöhemmin haastattelussa kertonut 1940-luvun lopulla heitetyn lentävän lauseen Turun eduista suhteessa Helsinkiin: *"Meillä on jopa patologilla oma ruumiskin jokaiselle."*¹⁰⁵

Ensimmäisten toimintavuosien jälkeen turkulaiset medisiinarit ryhtyivät itse parantamaan tilannetta ja luomaan keskinäistä yhteisöllisyyttä. Keväällä 1946 Turun kandidaatit järjestäytyivät LKS:n alaosastoksi. Samana vuonna medisiinarit lähtivät mukaan ylioppilaskunnan toimintaan, mitä edisti lääketieteellisen tiedekunnan dekaanin Osmo Järven valinta TYY:n kunnanvanhimmaksi. Turun alaosasto itsenäistyi vuonna 1949 Turun Lääketieteenkandidaattiseuraksi – taustalla oli erimielisyyksiä LKS:n kanssa muun muassa taloudellisista asioista. TLKS sai kuitenkin oman palstan *Medisiinari*-lehteen.¹⁰⁶

Opiskelijavalintojen selkiyttämiseksi Turun tiedekunta sai edustuksen Helsingin tiedekunnan valintatoimikuntaan ja oikeuden valita omat opiskelijansa vuonna 1953.¹⁰⁷ Lopullisesti Turun tiedekunta itsenäistyi, kun vuonna 1954 pidettiin ensimmäiset omat valintakokeet ja aloitettiin prekliininen opetus ja kun vuonna 1956 viimeiset kandidaatit saapuivat Helsingistä Turkuun. Taloudelliset resurssit olivat yksi taustatekijä siinä, että tiedekunnan toiminnan vakiinnuttaminen ja sen aloitteet omien valintakokeiden ja perusluonnontieteiden opetuksen järjestämisestä eivät toteutuneet aiemmin. Kun uudet laitokset valmistuivat ja prekliinisten aineiden professuurit tulivat täytetyiksi, tiedekunta saattoi vihdoinkin alkaa toimia omillaan.

101 Lääket. tdk ptk 9.1.1945 (31\$), HYKA.

102 Wegelius 1998, 79.

103 Tarmio 1993, 79–92, 119–120.

104 Rainio Pauli, Turku-palsta: Tois "puolt' jokka". *Medisiinari* 2/1949, 33–36; Turun mielialoja. *Medisiinari* 2/1950, 42–43; K. J.: Kuinkas Turkuun tulit? *Medisiinari* 2/1954, 50–51.

105 Haastattelu Erkki Kivalo 10.7.2009. "Patologi" viittaa patologisen anatomian opintoihin.

106 Sihteerin pöydältä. *Medisiinari* 2/1946, 7–10; Sihteerin palsta. *Medisiinari* 2/1949, 19; Rainio Pauli, Turku-palsta: Tois "puolt' jokka". *Medisiinari* 2/1949, 33–36; Turku: Sihteerin pöydältä. *Medisiinari* 4/1949, 30–31; Myös TLKS 2006, 45.

107 Lääket. tdk ptk 3.3.1953 (16–17\$), HYKA; Helsingin tiedekuntaan otettiin kuitenkin edelleen korkeimman pistemäärän saaneet, ks. lääket. tdk ptk 8.9.1953 (24\$), HYKA.

Opetuksessa toimintamallit omaksuttiin pääosin Helsingistä, josta uuden tiedekunnan professorit olivat tulleet.¹⁰⁸

Yhteiskunnallistuva lääkärin ammatti ja edunvalvonta

”Sosialisointi on päivän iskusana. Oma etumme ja nousevan lääkäripolven etu vaativat sen tähden ammattikuntamme kokoamista ja keskittämistä, sillä aika tunnustaa ennen kaikkea voiman. -- Vain luja yhteishenki antaa asemallemme arvovaltaa.”

Suomen Kunnanlääkäriyhdistyksen jäsenhankintailmoitus *Lääkärilehdessä* vuodelta 1950 kuvastaa hyvin aikaansa.¹⁰⁹ Sodan jälkeen ”sosialisoinnista”, valtiollistamisesta tuli tunteita herättävä käsite, jolla oli lääkärrien piirissä ammatillista vapautta uhkaava merkitys. Kysymys oli valtion vaikutuksesta lääkärin työhön. Ihanteellinen käsitys lääkäristä perustui näkemykseen vapaasta ammatinharjoittajasta, jonka työskentelyä ohjasi kutsumus ja yksityinen potilassuhde ja jossa työn pääsisällön muodosti sairaiden hoitaminen. Vaikka suurin osa lääkäreistä työskenteli valtion tai kuntien palveluksessa, he saattoivat liikkua varsin vapaasti julkisen ja yksityisen puolen välillä. Lääkärikunnalla oli ollut huomattava vaikutusvalta maan terveydenhuollon ja sairaanhoidon järjestämisessä niin valtion kuin paikallistasolla aina 1930-luvun lopulle asti.¹¹⁰ Sodan jälkeen tilanne muuttui. Yhteiskunnassa elettiin ammatillisen järjestäytymisen aikaa, jossa edunvalvonnan tehokkuus ei riippunut enää ammattikunnan arvostuksesta vaan sen kyvystä osoittaa ”joukkovoimaa”, virallisesta asemasta neuvotteluosapuolena ja sopimusteitse saavutetuista tuloksista. Näiltä osin henkisen työn tekijöiden oli opeteltava uusia toimintatapoja. Taustalla oli sivistyneistön aseman syvälinen muutos: perinteisesti kansakunnan etuun vedonnut akateeminen yläluokka joutui ottamaan huomioon muuttuneen poliittisen ilmapiirin ja nousevan työväenliikkeen poliittisena voimatekijänä.

Murros oli alkanut vähitellen, ja se ilmeni monella tasolla. Ammattikunnan sisällä ennen sotaa käyty keskustelu yleisestä terveydenhuollosta, sosiaalivakuutusjärjestelmistä sekä lääkärrien asemasta teki tilaa ajattelulle, että lääkärin oli yhä useammin otettava huomioon yhteiskunnalliset näkökohdat työssään hoidollisten ja potilassuhteeseen liittyvien seikkojen lisäksi. Kun yhteiskunta otti yhä suuremman roolin terveyden- ja sairaanhoidon puitteiden järjestäjänä, lääkärrien työtä alkoivat määrittää vakuutusjärjestelmät ja kansanterveyden tarpeet. Jälkimmäisen seikan osalta muutos ilmeni kunnan- ja kaupunginlääkärin asemaa määritelleessä vuoden 1939 laissa yleisestä lääkärinhoidosta. Laki tuli voimaan vuonna 1943. Sen myötä lääkärin palkkaaminen tuli kunnille pakolliseksi ja kunnan- ja kaupunginlääkärin velvoitteita terveydenhuollon saralla lisättiin¹¹¹, mikä teki heistä aiempaa enemmän virkalääkäreitä. Samoihin aikoihin hahmoteltiin laissa keskussairaalois-

¹⁰⁸ Tarmio 1993, 98, 101–109, 113–116; Niemi 1990, 96–97.

¹⁰⁹ Suomen Kunnanlääkäriyhdistyksellä on puheenvuoro. SLL 9/1950, 356.

¹¹⁰ Nyström 2010(b), 161–162.

¹¹¹ Oona Ilmolahten mukaan kunnanlääkärit eivät ottaneet lisääntyviä terveydenhuollollisia velvoitteita avosylin vastaan, sillä tehtävä oli vanhastaan kuulunut piirilääkäreille. Ehkäisevä terveydenhoito oli

ta tulevan kehityksen suuntaviivat: sairaanhoito tulisi rakentumaan tulevaisuudessa laajan, julkisesti rahoitetun sairaalajärjestelmän varaan. Tämä toteutui käytännössä 1950- ja 1960-luvuilla, kun keskussairaaloita ryhdyttiin rakentamaan. Niiden myötä sairaalalääkärien virkoja oli entistä enemmän, ja kun erikoistuminen muutenkin alkoi yleistyä, sairaaloissa työskentelevien erikoislääkärien osuus lääkärikunnasta kasvoi.¹¹²

Terveydenhuollon lisääminen kunnanlääkärien työkenttään lakitasolla herätti pelkoa siitä, että palkaton tai alipalkattu työ lisääntyisi. Kauko Tuominen pohti *Medisiinarin* pakinassa vuonna 1939: ”Lääkärintoimen yhteiskunnallistuttaminen? Siinä on vaara, johon vielä vaikuttanevat lääkärikunnan luvun lisäämispyrkimykset.”¹¹³ Sodan aikana akuutiksi noussut väestökysymys ja kansanterveysajattelu tekivät terveydenhuollosta entistä keskeisempää. Painopiste oli väestöpoliittisen suuntauksen myötä äitien ja lasten terveydessä. Aiemmin pienimuotoinen neuvolatoiminta tuli lakisääteiseksi. Oleellista on, että vapaaehtoisuuteen ja järjestöjen toimintaan perustunut kansanterveystyö tuli nyt yhteiskunnan tehtäväksi.¹¹⁴ Vaikka kunnat olivat aiemminkin edellyttäneet lääkäreitään valvomaan alueensa terveydellisiä oloja, ehkäisevä lääketiede nähtiin lääkärikunnassa vielä pitkään toisarvoisena sairaanhoitoon verrattuna – tämä näkökulma korostui myös opetuksessa. Taustalla oli vähäinen lääkärimäärä, jonka myötä työn painopiste oli sairaiden hoidossa. Lisäksi terveydenhoitotyöstä koettiin saatavan vain vähäinen korvaus tai sitä ei ollut lainkaan.¹¹⁵ Vuonna 1951 uusittu laki yleisestä lääkärinhoidosta edellytti kunnanlääkärien ennalta ehkäisevää toimintaa muun muassa tuberkuloosin, kulkutautien, mielisairanhoidon ja sukupuolitautien osalta sekä tehtäviä äitiys- ja lastenneuvolan ja koululääkäreinä.¹¹⁶

Sodan jälkeen terveydenhuollon kenttä oli yhä hajanainen, palvelut jakautuivat alueellisesti epätasaisesti ja sosiaalisesti epätasa-arvoisesti. Lääkärit työskentelivät sairaaloissa ja kunnissa ”puolivirkamiehinä”, kuten Samu Nyström on todennut. Lääkärin palkasta tietty osuus tuli valtiolta tai kunnilta ja loput potilasmaksuista tai vakuutusyhtiöiltä.¹¹⁷ Tulonmuodostuksessa kietoutuivat yhteen ammatin kutsumusperinne ja siirtymä moderniin elinkeinon harjoittamiseen, ammattiin muiden rinnalla. Kehitys oli alkanut jo ennen sotaa, jolloin julkisuudessa lääkäreitä syytettiin taloudellisten etujen tavoittelemisesta ja aatteellisten päämäärien unohtamisesta.

vielä 1920- ja 1930-luvuilla uutta, eikä sitä mielletty praktiikkatyötä tekevien lääkärien tehtäväksi. Ks. Ilmolahti 2010, 335–336.

112 Nyström 2010(b), 163–173, 176–177. Laki yleisestä lääkärinhoidosta tuli voimaan vuonna 1943, ja siinä oli viiden vuoden siirtymäaika. Lakia keskussairaaloista uudistettiin jo vuonna 1948. Se korvattiin vuonna 1956 sairaalalailla, ja samana vuonna annettiin myös laki yliopistollisista keskussairaaloista.

113 Pakina: Kake purnaa. *Medisiinari* 1/1939, 21–23; Myös S.K.S.N., mielipidekirjoitus: Elinkautinen Y.H. *Medisiinari* 3/1951, 32–33.

114 Harjula 2007, 55–58, 65–68. Vuonna 1944 tulivat voimaan lait kunnallisista terveyssisarista, kunnan kätilöistä ja kunnallisista äitiys- ja lastenneuvoloista ja yhdessä yleisestä lääkärinhoidosta annetun lain kanssa ne muodostivat terveydenhuoltotoiminnan perustan.

115 Penttinen K.: Mietteitä lääkärien suhtautumisesta ehkäisevään lääketieteeseen ja siihen liittyvään ”paperilääketieteeseen”. *Medisiinari* 2/1953, 14–15.

116 Ilmolahti 2010, 356.

117 Nyström 2010(b), 174.

ta. Keskustelu jatkui sodan jälkeen, jolloin se linkittyi kysymykseen lääkärimäärästä.¹¹⁸ Aatteellisesti kyse oli vapaan ammatinharjoittamisen tradition sovittamisesta yhteen julkisesti tarjotun ja kustannetun terveydenhuollon ja sairaanhoidon kanssa, ja eri järjestelmien kerrostuneisuuteen sisältyneistä ristiriidoista.¹¹⁹ Ilmassa oli perustavanlaatuinen muutos, jota professori ja Lääkäriliiton puheenjohtaja William Kerppola kuvasi liiton yleisessä kokouksessa vuonna 1947. Kerppola katsoi, että lääkärien oli uudessa yhteiskunnallisessa tilanteessa tehtävä valinta sen välillä, olisivatko he jatkossakin vapaita ammatinharjoittajia, joilla oli läheinen suhde potilaisiinsa, vai muuttuisivatko he ”*persoonattomaksi yhteiskunnallisen koneiston osaksi*”.¹²⁰ Timo Tarmio on liittänyt lääkärikunnan kokeman ”sosialisoinnin” uhkan sodan jälkeiseen vasemmiston nousuun, jossa terveydenhuollon kehittäminen yhdistyi sisä- ja ulkopoliittiseen kuohuntaan.¹²¹ Valtiollistamisen ”uhka” leijui muutenkin yhteiskunnassa. Vasemmiston aloitteet apteekkien ja lääketeollisuuden sosialisoinnista herättivät huolta lääkäreissä, jotka osallistuivat lääketehtaiden hallintoon.¹²² Kyse oli kuitenkin laajemmasta ilmiöstä, sillä sosialisoinnin uhkasta puhuttiin myös ruotsalaislääkärien keskuudessa juuri vuosisadan puolivälin tienoilla.¹²³

Lääkärikunnassa oli jo ennen sotia ymmärretty yhteiskunnan terveydenhoidollisten vaatimusten oikeutus. Nyt tähän voitiin vedota, kun luotiin pohjaa omille vaatimuksille modernissa palkkayhteiskunnassa. Vuonna 1942 *Lääkärilehdessä* lääkärien suhdetta yhteiskuntaan pohti Henkivakuutusyhtiö Suomen lääkäri, Lääkäriliiton sihteeri Gunnar Soininen, jonka mukaan jokainen lääkäri joutui työssään aiempaa enemmän tekemisiin yhteiskunnallisten kysymysten kanssa ja ottamaan huomioon yhteisen edun, etenkin sosiaalivakuutusasioissa. Soininen näki yhteiskunnallisen vastuuntunnon tärkeänä osana lääkärikunnan eettistä perinnettä, joka kaikkien tuli omaksua ja jonka tuli ohjata työtä ilman, että siitä erikseen mainittiin laissa. Yhteiskunnallista vastuuta työssä ilmensi sen huomioon ottaminen, että yhteiskunta tarvitsi mahdollisimman paljon terveitä, ”työ- ja tuotantokykyisiä” kansalaisia. Laki yleisestä lääkärinhoidosta merkitsi uusia velvollisuuksia, ja Soininen painotti, että lääkäreillä oli oikeus saada uusista tehtävistä kohtuullista korvausta. Lisäksi lääkärien oli vaadittava, että heidän asiantuntemuksensa pohjalta antamilleen lausunnoille ja näkemyksille osoitettiin riittävää arvostusta.¹²⁴ Näin Soininen luonnehti lääkärin roolia rakentumassa olleen sosiaalivaltion puitteissa

118 Esim. Puheenjohtaja A. J. Palmén viittasi tähän Lääkäriliiton yleisissä kokouksissa 1930-luvulla. Ks. XII yleisen kokouksen ptk 28.–29.9.1935. SLAik 5/1935, 207–231 ja XIII yleisen kokouksen ptk 24.–25.9.1937. SLAik 6/1937, 295–330; Sodan jälkeen pidetyssä yleisessä kokouksessa Lääkäriliiton puheenjohtaja, professori William Kerppola totesi lääkäreitä syytetyn itsekkydestä ja liian korkeista taloudellisista vaatimuksista, ks. XVII yleisen kokouksen ptk 20.–21.9.1947. SLL 22/1947, 664–672; Myös Pakina: Kake purnaa. Medisiinari 2/1937, 23–24 ja Kake II, pakina: Tähtikuponkeja. Medisiinari 4/1943, 11–13.

119 Yksityisen ja julkisen kohtaaminen lääkärin työssä ilmeni esimerkiksi sairaalalääkärien yksityispaikkoina valtion sairaaloissa. Poliklinikatoiminnassa taas ristiriitaa aiheutti, että lääkärikunnassa yhteiskunnan tukemien poliklinikoiden nähtiin kilpailevan yksityisvastaanottojen kanssa. Nyström 2010(b), 168–169, 178–180.

120 Lääkäriliiton XVII yleisen kokouksen ptk 20.–21.9.1947. SLL 22/1947, 664–672.

121 Tarmio 1993, 138–139.

122 Leikola 1993, 146–148, 165, 208.

123 Eklöf 2000, 247.

124 Soininen Gunnar: Lääkärien suhteesta yhteiskuntaan. SLAik 5/1942, 155–164.

mutta myös suhteessa pidempiaikaiseen hygienian ja kansanterveystyön perinteseen, jossa terveys ei ollut vain yksilön vaan myös yhteisön asia. Samansuuntaisesti kirjoitti Kunnanlääkäriyhdistyksen aktiivi Ailo Huhtala vuonna 1950: yhteiskunta pyrki yhä enemmän takaamaan jäsenilleen sosiaalista turvaa, jolloin lääkärin oli palveltava yhteiskuntaa terveyden- ja sairaanhoidon asiantuntijoina. Huhtala vaati, että lääkärit myös asettaisivat asiantuntemuksensa yhteiskunnan käyttöön.¹²⁵

Lääketieteellisessä tiedekunnassa oli puhuttu yhteiskunnallisista vaatimuksista lähinnä sosiaalilääketieteen opetusta pohdittaessa. Vuoden 1945 uusissa tutkinto-vaatimuksissa sosiaalilääketiede otettiin vihdoinkin mukaan opinto-ohjelmaan. Keväällä 1947 tiedekunta asetti opetusta suunnittelemaan komitean, jonka puheenjohtajaksi tuli hygienian professori Woldemar Lojander. Komitean mietintö ilmestyi seuraavana keväänä, ja siinä oli käytetty apuna komiteamietintöä Ruotsin lääkärikoulutuksen uudistamisesta vuodelta 1941. Mietinnössä hahmoteltiin sosiaalilääketieteen rajoja suhteessa muihin oppiaineisiin, lähinnä hygieniaan ja oikeuslääketieteeseen, sekä käsiteltiin sosiaalilääketieteen roolia eri kliinisten oppiaineiden kursseilla. Oppiaineen tehtäväksi määriteltiin kansan yleisen hyvinvoinnin ja terveyden kohottaminen pyrkimällä ehkäisemään tauteja ”ja muita epäedullisia vaikutteita”. Siinä missä hygieniassa huomio kohdistui fysikaalis-biologisiin tekijöihin, sosiaalilääketiede käsitteli ihmisen sosiaalisen elin- ja työskentely-ympäristön vaikutuksia ja niitä yhteiskunnallisia ongelmia, joiden ratkaisemisessa tarvittiin lääketieteellistä asiantuntemusta. Mietinnössä todettiin, että aiempaa opetusta olivat olleet kurssit lainsäädännössä ja lääkärintodistusten laatimisessa. Vuodesta 1942 tiedekunnassa oli ollut sosiaalilääketieteen dosentti Sven Erkkilä, joka oli pitänyt luentoja epäsosiaalisten henkilöiden huollosta.¹²⁶ Erkkilä laatikin syksyllä 1947 luento-ohjelman, jonka aiheita olivat muun muassa mielisairaiden, vajaamielisten ja alkoholistien huolto, sterilointi, siveysrikokset ja abortit, irtolaiset ja rikolliset, vankilat ja kasvatuslaitokset, pahantapaiset lapset ja nuoret sekä itsemurhat ja niiden ehkäisy.¹²⁷ Samoja teemoja nostettiin esille mietinnössä.

Mietinnön mukaan sosiaalilääketieteellisiä näkökohtia oli jatkossakin käsiteltävä kaikessa kliinisessä opetuksessa. Lisäksi oli annettava propedeuttinen ja täydentävä sosiaalilääketieteen kurssi. Kliinisten opintojen alkuvaiheeseen sijoitetulla propedeuttisella kurssilla oli tarkoitus käsitellä yhteiskunnan sosiaalista rakennetta ja väestötilastollisia olosuhteita, tauteja ja invaliditeettia yhteiskunnallisina ongelmina sekä lääkärin etiikkaa. Tärkeää oli saada opiskelijat kiinnittämään tulevista kliinisistä palveluksista huomiota sairauksiin vaikuttaviin sosiaalisiin tekijöihin. Sosiaalilääketieteen täydentävän kurssin opetus olisi käytännöllisempää ja jakautuisi sosiaalis-lääketieteelliseen huoltoon, väestöpoliittisiin kysymyksiin sekä vakuutuslääkeoppiin ja lääkärintodistusten ja sairaustilastojen laatimiseen. Opetuksessa oli myös käsiteltävä sterilisointi- ja aborttikysymyksiä lakisääteiseltä ja

125 Huhtala A.: Kunnanlääkärien asemasta, koulutuksesta ja palkkauksesta ennen ja nykyisin. SLL 10/1950, 393–401.

126 Komiteamietintö liitteenä lääket. tdk ptk 11.5.1948 (42§), HYKA.

127 Erkkilän laatima luento-ohjelma liitteenä lääket. tdk ptk 29.4.1947 (17§), HYKA.

sosiaalilääketieteelliseltä kannalta.¹²⁸ Komitean tarkemman suunnitelman pohjalta tiedekunta päätti järjestää molemmat kurssit, ja sosiaalilääketieteen varsinaisen kurssi sijoitettiin viidennelle lukukaudelle. Opetus ei tosin toteutunut aivan suunnitellussa laajuudessa, sillä siihen oli varattu pienempi tuntimäärä kuin mitä komitea olisi pitänyt tarpeellisena.¹²⁹ Vuonna 1957 ilmestyi ensimmäinen suomenkielinen alan oppikirja.¹³⁰

Sodan jälkeinen murros ilmeni lääkärin työn ohella ammattikunnan järjestäytymisessä ja uudenlaisessa edunvalvonnassa. Yleisesti akateemisilla aloilla pyrittiin heikoksi koettua palkkakehitystä kääntämään edullisempaan suuntaan, mikä edisti ammatillista järjestäytymistä. Edunvalvonnalliset kysymykset nousivat Lääkäriliitossa keskiöön, sillä vuonna 1947 liitto sai neuvotteluoikeudet, mikä merkitsi sen aseman virallistamista lääkäreiden edustajana ensin valtiollisella ja myöhemmin kunnallisella tasolla.¹³¹ Lääkäriliiton sisällä uuden roolin toiminnalliset suuntaviivat määriteltiin pian, kun Nuorten Lääkärien yhdistys NLY (ent. Avustajalääkäriyhdistys) ryhtyi heti sodan jälkeen ajamaan tiukkaa edunvalvontapainotteista ammattiyhdistyspolitiikkaa. NLY:n jäsenistön muodostivat nuoret, sairaaloissa erikoistumassa olleet apulais- ja avustajalääkärit. NLY ryhtyi aktiivisesti parantamaan heidän asemaansa ja palkkaustaan ja oli valmis käyttämään koviakin keinoja. NLY pystyi ilmeisesti uudella profiilillaan vastaamaan nuorten lääkärin arkikokemusten luomiin tarpeisiin, sillä suurin osa potentiaalisesta jäsenkunnasta liittyi siihen vuoden 1945 aikana.¹³²

NLY:n – ja aiemmin Avustajalääkäriyhdistyksen – yhteys kandidaattiseuroihin oli kiinteä. Kandidaatteja ja nuoria lääkäreitä yhdisti sodan aikana huoli lääkärimäärän kasvusta ja kilpailun kiristymisestä.¹³³ Monilla NLY:n aktiiveilla oli tausta kandidaattiseuroissa. Thoraxista sinne siirtyivät Per-Erik Heikel ja Henrik V. A. Heikel ja LKS:stä Eero Turpeinen ja Ilkka Väänänen.¹³⁴ NLY:n keskeisiä ideologeja olivat sodanaikainen puheenjohtaja P.-E. Aschan sekä Väinö Pensala, joka toimi LKS:n puheenjohtajana vuonna 1944.¹³⁵ Pensala oli heti sodan jälkeen vierailulla Ruotsissa tutustunut paikalliseen nuorten lääkärin yhdistykseen (Sveriges Yng-

¹²⁸ Komiteamietintö liitteenä lääket. tdk ptk 11.5.1948 (42§), HYKA.

¹²⁹ Lääket. tdk ptk 26.5.1948 (46§), 9.11.1948 (28§), 23.11.1948 (20§) liitteineen, HYKA.

¹³⁰ Noro 1957.

¹³¹ Nyström 2010(b), 175; Levä 2010, 255.

¹³² Levä 2010, 255–266; Aalto 2010, 89–90; NLY:n vuoden 1942 sääntöjen mukaan sen jäsenten tuli olla alle 40 vuotta. Ikonen 2003, 33; NLY onnistui vuoden 1945 aikana nostamaan jäsenmääränsä 170:stä 649:ään. Sen jälkeen jäsenmäärä nousi maltillisesti. Vuonna 1951 seuraan alettiin ottaa kandidaatteja nuoremmiksi jäseniksi. Samalla molemmat Helsingin kandidaattiseurat saivat edustuksensa NLY:n hallitukseen. Ks. Nuorten Lääkärien Yhdistys: hallituksen kertomus toiminnasta vuonna 1951. SLL 7/1952, 308–309.

¹³³ Ahde Veikko: Lääketieteen kandidaattiseuran toimintakertomus v. 1940. Medisiinari 2/1941, 9–10; Nuorten lääkärin yhdistys tekeillä. Medisiinari 2/1941, 5–9.

¹³⁴ NLY:n mainos Medisiinari-lehdessä 2/1945, 19; Eero Turpeinen oli LKS:n puheenjohtaja vuonna 1937, Ilkka Väänänen vuosina 1941–1943. Heikkinen 2008, liitteet s. 231–232; Henrik V. A. Heikel toimi Thoraxin sihteerinä vuosina 1939–1943 ja varapuheenjohtajana 1944. Per-Erik Heikel toimi Thoraxin sihteerinä lukukaudella 1936–1937 ja puheenjohtajana vuosina 1939–1940; Medicinarklubben Thorax 2011, liitteet s. 105–129.

¹³⁵ Ikonen 2003, 33, 38. Sittemmin Pensala toimi Lääkäriliiton toiminnanjohtajana vuosina 1958–1968.

re Läkares Förening SYLF). Innostuneesti Pensala kuvaili yhdistystä ”valtavaksi ammattijärjestöksi”, josta suomalaisilla oli paljon oppimista.¹³⁶ Sitten Pensala viittasi SYLF:n esimerkkiin esittäessään helmikuussa 1945 NLY:n organisoimista uudelleen siten, että siitä muodostuisi nuorten lääkärien voimakas taloudelliseen edunvalvontaan keskittynyt ammattijärjestö. Pensala katsoi, että akateemisen sivistysteistön tilanne oli muuttunut, eivätkä kaikki enää työllistyneet heti valmistuttuaan. Nuorten erikoistuvien apulaislääkärien ja tähän asemaan pyrkivien taloudellisten asioiden ajamiselle oli tilausta.¹³⁷ 1940-luvun loppupuoli osoitti, että NLY:lle saatiin nopeasti luotua Pensalan kuvailema rooli. NLY:n keskeisiä edunvalvontateemoja olivat amanuenssien ja apulaislääkärien palkkauksen parantaminen ja palkattomien virkojen poistaminen. Lisäksi NLY ajoi erikoistumisedellytyksiin läpinäkyvyyttä: yhdistys vaati yhtenäisten ja avointen perusteiden luomista ansioiden arvioimiseen apulaislääkärien virantäytöissä, jotta nuoret lääkärit pystyisivät tasavertaisesti kilpailemaan paikoista. Ansioiden arvioimisesta kehkeytyi lääkärikunnan sisälle erimielisyys, joka lietsoi sukupolvien välistä ristiriitaa.¹³⁸

Nuorten Lääkärien Yhdistyksen tiukka ammatillisen edunvalvonnan linja merkitsi murrosta lääkärikunnan identiteetissä ja suhteessa yhteiskuntaan. Nuoret lääkärit edustivat näkemystä lääkärinammatista muiden joukossa: korkean etiikan ylläpitäminen vaati myös kunnollista palkkausta. NLY:n alkuvuosien toiminta konkretisoi lääkärikunnan sisälle syntyneen sukupolviasetelman; nuorten mentaliteetti erosi selkeästi vanhan kunnanlääkäripolven altruistisen kutsumuksen eetosesta. Sukupolvien väliset näkemyserot edunvalvonnallisissa linjauksissa voimistivat eri lääkäriyhdistysten järjestäytymistä Lääkäriliiton sisällä. NLY:n ärhäkkydestä huolimatta Lääkäriliitossa vahvimpia vaikuttajia 1940–1950-luvuilla olivat maaseudun lääkäreitä edustanut Kunnanlääkäriyhdistys ja paikalliset lääkäriyhdistykset, joissa toimi sekä kunnan- että sairaalalääkäreitä. Muita ryhmittymiä edustivat hajanainen, lähinnä kirurgien johtama Lasaretilääkäriyhdistys (myöh. Sairaala-lääkäriyhdistys) sekä Suomen yksityislääkärit (myöh. Medici Practici). 1950-luvulla eri lääkäriyhdistysten, yleislääkärien, erikoislääkärien, nuorten lääkärien ja yksityislääkärien, erilaiset intressit erityisesti Lääkäriliiton taloudellisessa edunvalvonnassa alkoivat nousta aiempaa selkeämmin esille.¹³⁹

* * * * *

Sodan jälkeisinä vuosina lääkärien ammatti-identiteetti koki monia muutoksia. Niitä tuotti laajempi yhteiskunnallinen ja aatteellinen murrosaika, jossa Suomen sisä- ja ulkopoliittinen tilanne oli uudelleenarvioinnin ja -organisoinnin kohteena. Yhteiskunnassa korostui ammatillinen järjestäytyminen, ja myös lääkärikunta

¹³⁶ Pensala Väinö: Terveisiä Tukholmasta. Medisiinari 1/1945, 5–8.

¹³⁷ Pensala Väinö: Lääkärien ammatillisen yhdistyksen tarpeellisuudesta. Medisiinari 2/1945, 8–10; Myös Nuorten lääkärien yhdistys tekeillä. Medisiinari 2/1941, 5–9.

¹³⁸ Aalto 2010, 89–90.

¹³⁹ Aalto 2010, 90–91. Erityisesti NLY ja helsinkiläislääkärit kaipaivat Lääkäriliitolta voimakasta edunvalvonnallista roolia: ”Nykyinen aika osoittaa, että entistä enemmän kaivataan voimakasta, sanoisinko SAK:n kaltaista keskusjärjestöä.” Ks. Suomen Lääkäriliiton toiminnan tehostamisesta ja sen järjestömuodon ajanmukaistamisesta. NLY:n katsantokanta ja ehdotus. SLL 18/1947, 533–534.

omaksui uudenlaisen taloudellisen edunvalvonnan linjan. Lääkärien työnkuvaan vaikutti sosiaalivaltion luominen, mikä suuntasi myös koulutuksen tavoitteita ja sisältöä. Sodan jälkeisen medisiinarin muotokuvassa korostuivat ammatillisuus, käytännöllisyys ja päämäärätietoinen opiskelu. Tätä ammattisuuntautunutta identiteettiä ilmensi osaltaan lääketieteen tutkinnonuudistus. Kaiken kaikkiaan aikaa leimasi kilpailu: ensin ylioppilaiden oli taisteltava sisäänpääsystä tiedekuntaan ja sitten opintojen sujuvuuden puolesta ruuhkatilanteessa. Etenkin naisten oli työkenneltävä hyvien arvosanojen saavuttamiseksi, jotta he pystyivät luovimaan sujuvasti eteenpäin miehiä suosivien käytäntöjen keskellä. Lisäksi Turun tiedekunnan aloitukseen liittyi kyseenalainen kilpailu siitä, kuka pystyisi välttämään opinnot Turussa ja mikä oli siihen paras taktiikka.

2. Medisiinarien rooli ja vastuu: opintojen kehittämisestä kasvatustoimintaan

Läntisiä vaikutteita, opintokritiikkiä ja opintoyhteistyötä

Sodan jälkeistä yliopistoa luonnehti voimakas akateeminen yhteisöllisyys, jonka tärkeä elementti 1930-lukuun verrattuna oli kielellisten ristiriitojen hautaaminen. Taustalla oli ”talvisodan henki”, jonka perintöä oli sanoma kansallisesta yhtenäisyydestä ja yhteydestä eri kieliryhmien ja yhteiskuntaluokkien välillä. Yliopistomaailmassa kieliriita oli siirtynyt menneisyyteen pitkälti jo sodan aikana – suomen- ja ruotsinkielisten ylioppilaiden sovintoneuvottelut pidettiin syksyllä 1940.¹⁴⁰ Myös suomen- ja ruotsinkieliset kandidaattiseururakkaat lähenyivät toisiaan, vaikka Medicinarklubben Thorax torjuikin LKS:n aloitteen seurojen yhdistämisestä.¹⁴¹ Ratkaisu on ymmärrettävä, sillä kielitaistelusta oli vielä verrattain vähän aikaa, ja kuten Turun tiedekunnan alkuvaiheet osoittavat, epäluulo ei ollut täysin haihtunut. Ruotsinkieliset halusivat säilyttää omat yhteisönsä etenkin, kun ruotsin kielen käyttö suomenkielisten joukossa ei ollut enää entiseen tapaan aina yhtä luontevaa. Lääketieteellisessä tiedekunnassa tärkeäksi tuli IV sisätautien klinikka, joka ruotsinkielisen professorinsa johdolla oli sijoitettu Marian sairaalaan. Niinikään Medicinarklubben Thorax ja Finska Läkaresällskapet olivat tärkeitä ruotsinkielisiä yhteisöjä ja foorumeita.¹⁴² LKS:n ja Thoraxin yhteistyö jatkui kuitenkin tiiviinä, ja syksyllä 1946 Thorax sai oman palstan LKS:n *Medisiinari*-lehteen.¹⁴³

Yksi osoitus kielikysymyksen merkityksen vähentymisestä oli jo 1930-luvun jälkipuoliskolla Suomessa virinnyt kiinnostus pohjoismaiseen kulttuuripiiriin. Kyse oli myös ulkopoliittisesta uudelleensuuntautumisesta, joka vahvistui edelleen sodan jälkeen. Osittain taustalla oli tarve tehdä eroa Neuvostoliitosta. Näin suomenkie-

¹⁴⁰ Klinge 1990, 104.

¹⁴¹ Paloheimo Osmo: Kandiseuran johtokunta koolla. *Medisiinari* 1/1945, 11–13.

¹⁴² Wegelius 1998, 236–239.

¹⁴³ Mäkimattila 1958, 62; Medicinarklubben Thorax 1956, 15–16.

lisetkin ylioppilaat ryhtyivät solmimaan suhteita Ruotsin ylioppilasmaailmaan.¹⁴⁴ Medisiinarit olivat tässä erityisen aktiivisia. Yhteistyö oli alkanut jo 1930-luvulla, jolloin oli alettu järjestää pohjoismaisia medisiinaritapaamisia. Vielä vuosikymmenen alkupuolella LKS kieltäytyi kielikysymyksen vuoksi kutsusta Pohjoismaiden ylioppilaskokouksen yhteydessä pidettyyn medisiinarien kokoukseen, mutta jo kesän 1939 kongressiin LKS:n edustaja osallistui. Kokouksissa suunniteltiin muun muassa medisiinarien harjoitteluvaihtoa.¹⁴⁵ Vuonna 1941 LKS ja Thorax järjestivät yhdessä Pohjoismaiset medisiinarien retkeily- ja luontopäivät Helsingissä. Ohjelmassa oli tutustumista sairaaloihin, professorien luentosarjoja, urheilua ja juhlia.¹⁴⁶

Pohjoismainen yhteistyö osoittautui pian suotuisaksi koko medisiinarikunnalle. Heti sodan jälkeen LKS:n puheenjohtaja Väinö Pensala matkusti Tukholman Medisiinisen yhdistyksen vieraaksi Ruotsin Lääkäriliiton lääkäripäiville. Ruotsalainen vauraus ja modernius tekivät Pensalaan vaikutuksen, ja henkisiä vaikutteita kotiin vietäväksi tarjosivat tutustuminen yliopistoklinikoihin ja Ruotsin nuorten lääkärien yhdistykseen. Konkreettisia medisiinarien yhteistyökysymyksiä olivat pohjoismainen stipendiaattivaihto ja kurssikirja-avustukset suomalaisille.¹⁴⁷ Neuvottelujen tuloksena päätettiin medisiinaripäivien järjestämisestä samana vuonna Ruotsissa.¹⁴⁸ Vaihtomahdollisuudet avautuivat, kun vuonna 1945 suomalaisia medisiinareita pääsi kursseille Ruotsiin ja ruotsalaisia tuli samaksi ajaksi opiskelemaan Suomeen. Myös amanuenssipalveluja saattoi suorittaa toisessa maassa.¹⁴⁹ Virallisesti opiskelijavaihto Ruotsiin aloitettiin vuonna 1946, mutta pirteän alun jälkeen ilmaantui lukuisia käytännön vaikeuksia.¹⁵⁰ Vuonna 1946 Århusissa pidettiin ensimmäinen sodanjälkeinen pohjoismainen ylioppilaskonferenssi. Siellä medisiinarien työryhmässä keskusteltiin vaihto-opiskelun järjestämisestä ja tutkintojen tasoittamisesta. Toisessa maassa suoritettujen lääketieteen opintojen hyväksymisestä keskusteltiin myös ministeritasolla.¹⁵¹

Medisiinarien kansainvälisen yhteistyöjärjestön perustamiseen päätettiin ryhtyä Pariisissa loppuvuodesta 1950 pidetyssä kokouksessa.¹⁵² Toukokuussa 1951 perustettiin Kööpenhaminassa International Federation of Medical Students Association (IFMSA), johon tuli opiskelijavaihtoa, opetuskysymyksiä sekä terveys- ja avustus-

¹⁴⁴ Kolbe 1993, 23; Klinge 1990, 104, 144–145, 162; Majander 2004, 36, 43–44, 49–54, 82–83; Auvinen, Holmila ja Lehtimäki 2015, 228.

¹⁴⁵ Heikkinen 2008, 33, 36; Pohjoismaisesta medisiinarivaihdosta. Vaikutelmia Oslon medisiinarikongressista. Medisiinari 3/1939, 10.

¹⁴⁶ Pöytäkirja pidetty Lääketieteenkandidaattiseuran vuosikokouksessa Anatoomisella laitoksella 25.2.1941. Medisiinari 2/1941, 17; Landtman Bernhard: Suomalais-ruotsalaiset medisiinaripäivät Helsingissä 4.–10.6.1941. Medisiinari 3/1941, 7–11.

¹⁴⁷ Pensala Väinö: Terveisiä Tukholmasta. Medisiinari 1/1945, 5–8.

¹⁴⁸ Medisiinaripäivät Ruotsissa 9.–15.5.1945. Medisiinari 2/1945, 16–19; Mäkimattila 1958, 73.

¹⁴⁹ Opiskelumahdollisuuksia Ruotsissa suomalaisille lääketieteenkandidaateille. Medisiinari 1/1945, 13; Hoppu Kaarlo: Medisiinarivaihdosta. Medisiinari 4/1945, 14; Medicinarklubben Thorax 1956, 17.

¹⁵⁰ Opiskelijavaihto. Medisiinari 2/1946, 5–6; St(enbäck) I(lmari): Opiskelijain vaihto. Medisiinari 4/1948, 24–26; Bergström Matti: Ulkoasiat. Medisiinari 2/1949, 23.

¹⁵¹ Elfving Gustaf: Århusin konferenssi. Medisiinari 3/1946, 10–12; Medicinarklubben Thorax 1956, 18.

¹⁵² Gräsbeck Ralph: Resa till Paris. Medisiinari 1/1951, 32–35.

kysymyksiä käsittelevät valiokunnat.¹⁵³ IFMSA ryhtyi järjestämään opiskelijoiden klinisiä kongresseja, joissa vaikutteet ja ajankohtaiset teemat välittyivät eri maiden kesken.¹⁵⁴ Opiskelijoita puhuttivat samat kysymykset kaikkialla. Vuoden 1951 klinisessä kongressissa keskusteltiin muun muassa erikoistumisesta sekä yleis- ja erikoislääkärien välisistä suhteista, opiskelijavaihdosta, ulkomaisten tutkintojen tunnustamisesta, Hippokrateen valasta ja opintojärjestelmistä.¹⁵⁵ Vuonna 1954 LKS, Thorax ja TLKS perustivat ulkoasian neuvottelukunnan (FiMSIC), joka piti yhteyttä IFMSA:aan ja eri maiden medisiinarijärjestöihin.¹⁵⁶ Myös Neuvostoliiton medisiinareihin yritettiin ottaa yhteyksiä heti sodan jälkeen, mutta tulokset jäivät tässä vaiheessa laihoiksi.¹⁵⁷

Sodan jälkeen lääketieteessä ja laajemminkin kulttuurissa saksalainen suuntaus vaihtui anglo-amerikkalaiseen. Monet suomalaistutkijat saivat tilaisuuden opintomatkoihin Yhdysvaltoihin.¹⁵⁸ Myös opintoasioissa anglo-amerikkalainen näkökulma tuli vallitsevaksi, ja suomalaismedisiinarit kiinnostuivat erityisesti Yhdysvalloista. Opinnoissa muutos tapahtui kuitenkin hitaasti: vaikka englannin kieli alkoi vallata alaa lääketieteellisessä kirjallisuudessa, tutkintovaatimuksissa oli edelleen saksalaisia oppikirjoja.¹⁵⁹ Englanninkielisen kirjallisuuden yleistymisen vuoksi tiedekunta järjesti kuitenkin muutamaan otteeseen englannin kielen kursseja.¹⁶⁰ Kansainvälisten yhteyksien myötä suomalaismedisiinarien näkemyksiin alkoi suodattua vaikutteita opetuksen kehittämiseksi. Näiden vaikutteiden pohjalta alettiin *Medisiinari*-lehdessä 1940-luvun lopulla ruotia opintojen järjestelyjä ja opetusmetodeita. Erityisen aktiivisesti opintoja kritisoivat ja niiden kehittämistä ajoivat ruotsinkieliset kandidaatit. Yleisesti opintoasioihin keskittymisen voi nähdä osaksi kandidaattiseurojen ammattisuuntautunutta linjaa. Aktiivisuus synnytti uudenlaisen tarpeen tulla kuulluksi, ja kun kansainvälisessä keskustelussa oli paljon esillä professorien ja opiskelijoiden välinen muodollinen yhteistyö opintoasioissa, myös Suomessa alettiin vaatia erityisiä elimiä perustettavaksi tätä varten.¹⁶¹ Taustalla oli vuonna 1948 järjestetyn ensimmäisen kansainvälisen medisiinarikonferenssin esitys, että yliopistoihin perustettaisiin virallisia opiskelijoiden ja professorien yhteis-

153 Koskinen Olavi: Kansainvälinen medisiinarikongressi Kööpenhaminassa 26–28 toukokuuta 1951. *Medisiinari* 7/1951, 19–20.

154 Moring Anders: IFMSA. *Medisiinari* 5/1956, 64. Kongresseja oli järjestetty jo ennen IFMSA:n perustamista, ks. Olki Mikko: Selontekoa kansainvälisestä kongressista Englannissa kesällä 1948. *Medisiinari* 3/1948, 5–10.

155 Ilmoitus: Students 2nd clinical congres. *Medisiinari* 2/1951, 35.

156 Heikkinen 2008, 56.

157 Mäkimattila 1958, 73–75.

158 Klinge 1990, 154; Hietala 2002, 537–539.

159 Esim. Oppikirjoista. *Medisiinari* 4/1948, 29–31; Helsingin yliopistossa lääketiedettä ja hammaslääketiedettä opiskelevien vuonna 1945 vahvistetut uudet tutkintovaatimukset 1946, 13, 16–18.

160 Lääket. tdk ptk 10.9.1946 (64§), HYKA; Vihdoinkin. *Medisiinari* 3/1947, 16.

161 Ensimmäisenä ehdotettiin vuonna 1947 opettajien ja opiskelijoiden yhteisiä opintoaiheisia konferensseja. Ks. *Spectator* cm: Ruotsissakin uudistetaan. *Medisiinari* 1/1947, 18–19; Muut ehdotukset: Olki Mikko: Selontekoa kansainvälisestä kongressista Englannissa kesällä 1948. *Medisiinari* 3/1948, 5–10; Roos Björn-Erik, Thorax-palsta: Det anses naturligt. *Medisiinari* 4/1948, 19–20; Lamberg Bror-Axel, Thorax-palsta: Staff-Student Curriculum Committees. *Medisiinari* 3/1949, 31–34; Gräsbeck Ralph, Thorax-palsta: De kliniska studierna diskuterade av Thorax och FLS. *Medisiinari* 1/1950, 29–32; O.K.: Lääketieteellisten opintojen järjestelystä. *Medisiinari* 2/1952, 7–8.

työkomiteoita. Niiden kautta voitaisiin järjestää opintoneuvontaa ja opiskelijoiden aloitteet välittyisivät tiedekunnille.¹⁶²

Vapaamuotoinen ja läheinen suhde opettajiin sekä tasavertainen yhteistoiminta opintojen kehittämiseksi vaikuttavat olleen medisiinarien silmissä ideaaleja, joiden vastakohtana suomalaisen yliopiston todellisuus näyttäytyi. Perinteisten opetuksen negatiiviseksi symboliksi nousi luento, jota alettiin pitää yksisuuntaisena, akateemista hierarkkisuutta ylläpitävänä opetusmuotona. Medisiinarit kritisoivat luentopainotteista opetusta runsaasti 1940-luvun jälkipuoliskolla. Luentojen muoto ei rohkaissut esittämään kysymyksiä ja keskustelemaan. Medisiinarit toivoivat henkilökohtaisempaa opetusta ja toverillisempaa suhdetta opettajiensa kanssa sekä mahdollisuutta antaa palautetta opetuksesta. Joillain klinikoilla ja laitoksilla opettajille ja assistenteille ei edes uskaltanut tehdä kysymyksiä.¹⁶³ Problematiikka liittyi laajemminkin yliopistomaailmassa korostuneeseen autoritaarisuuteen. Ylioppilaiden suhde opettajiinsa oli perinteisesti muodollinen ja hierarkkinen. Tämä oli toisaalta luonnollista ja tarpeellista akateemisessa yhteisössä, mutta toisinaan siihen liittyi auktoriteettiaseman käyttö vallan ja nöyryyttämisen välineenä. Näin oli erityisesti sodan jälkeen, mihin vaikuttivat ylioppilastulvan luomat paineet opettajakunnassa, eri-ikäisten samanaikainen opiskelu sekä yhteiskunnallinen tilanne, jossa eri ryhmien suhteet olivat murroksessa.¹⁶⁴ Esimerkkejä karkeasta ja epäystävällisestä suhtautumisesta kandidaatteihin ja potilaisiin löytyy tuon ajan muistelmista ja lääketieteellisen tiedekunnan opettajista kerätyistä kaskuista.¹⁶⁵

Lääketieteellisessä tiedekunnassa opintojärjestelmään sisältyi jo itsessään hierarkkisuutta, kuten kladijärjestyksen muodostaminen, ylioppilaiden ja kandidaattien erilaiset statukset sekä kliinisten opintojen eteneminen kurseittain. Rakenteet tuntuivat ruokkivan ”päällepäsmärointiä” ja nöyryyttämistä, kuten Thoraxin vuoden 1949 puheenjohtaja, med. kand. Björn-Erik Roos totesi *Medisiinari*-lehdessä. Roosin luonnehdinnat erityisesti kemian laitoksen assistenttien keskuudessa vallinneesta ”preussilaisesta korpraalimentaliteetista” tuovat esille sodan jälkeä opetuksen arjessa. Sodan kokeneet kandidaatit eivät enää sietäneet mitä tahansa huonoa kohtelua.¹⁶⁶ Konkreettisia vaikutuksiakin tällaisella käytöksellä oli. Vuonna 1948 lääketieteellisessä tiedekunnassa todettiin, että ylioppilaat eivät suoriutuneet prekliinisistä opinnoistaan toivottuun tahtiin. Ruuhkaa oli syntynyt kemiassa ja lää-

¹⁶² Olki Mikko: Selontekoa kansainvälisestä kongressista Englannissa kesällä 1948. *Medisiinari* 3/1948, 5–10; Lamberg Bror-Axel, Thorax-palsta: Staff-Student Curriculum Committees. *Medisiinari* 3/1949, 31–34.

¹⁶³ Lamberg Bror-Axel: Amerika och vi. *Medisiinari* 1/1947, 25–27; Candidatus Cachecticus, pakina: Medisiinarin meditatioita. *Medisiinari* 2/1947, 14; Studiereformer än en gång. *Medisiinari* 2/1947, 28–30; Ericus, Thorax-palsta: En synpunkt på våra studier. *Medisiinari* 4/1947, 24–25; Bonzo: De obligatoriska föreläsningar. *Medisiinari* 2/1950, 51; Jumbo, mielipidekirjoitus: Kysymys Kirurgin assistenteille. *Medisiinari* 1/1953, 29–30; Luento-opetus oli esillä ilmeisesti myös muissa tiedekunnissa, sillä vuonna 1951 HYY:n opintovaliokunta toteutti kyselyn ylioppilaiden suhtautumisesta luentoihin, ks. lääket. tdk ptk 27.2.1951 (6§), HYKA.

¹⁶⁴ Kolbe 1993, 98.

¹⁶⁵ Achte 1993, 64–66, 69; Lääkärintyön muistoja 2006, 30; Korppi-Tommola (toim.) 1991, 26–27.

¹⁶⁶ Roos Björn-Erik, Thorax-palsta: Det anses naturligt. *Medisiinari* 4/1948, 19–20; Roos Björn-Erik, Thorax-palsta: Om de premedicinska studier. *Medisiinari* 4/1949, 37–40.

ketieteellisessä kemiassa. Ongelmia aiheutti ensisijaisesti tilanahtaus molemmissa laitoksissa. Lisäksi professorit katsoivat, että prekliiniset opinnot oli organisoitu suoritettavaksi liian tiukassa aikataulussa.¹⁶⁷ Lääketieteen kandidaattien näkemys asiaan oli toinen: ongelmat johtuivat huonoista opetuskäytännöistä. Kandidaatit ehdottivat, että työt ja kuulustelut sijoitettaisiin tasaisemmin eri lukukausille ja yksityiskohtien sijaan keskityttäisiin käytännön lääkärielle keskeiseen kokonaistietoon.¹⁶⁸ Prekliinisten opintojen tehostaminen jätettiin näiden oppiaineiden professorien tehtäväksi.¹⁶⁹

Prekliinisten opintojen ongelmiin vaikuttivat ilmeisesti myös ”pinnan alla” olevat syyt. Samoihin aikoihin kun asia oli esillä tiedekunnassa, kandidaatti Roos syytti *Medisiinariissa* kvalitatiivisen kemian assistenttia liian vaikeista lopputenteistä, joiden korkea reputusaste oli muodostunut uudeksi karsinnaksi tiedekunnan sisälle.¹⁷⁰ Kirjoitukseen vastannut kemian apulaisprofessori E. R. Lydén katsoi syytökset liioitelluiksi.¹⁷¹ Kuitenkin myös tiedekunta kiinnitti huomiota kemian korkeisiin reputusprosentteihin. Tässä yhteydessä nousi esille vielä kemian assistenttien antama maksullinen yksityisopetus karsintakursseille osallistuville. Tiedekunta vaati Lydéniltä selvitystä sekä reputusprosentteista että ”preppauksesta”. Konkreettisena seurauksena olivat määräykset, että kemian, fysiikan ja eläintieteen kurssien oppikirjat tuli määritellä etukäteen ja että kemian laitoksella harjoitettu opintomonisteiden myynti oli siirrettävä yliopiston yleisen monistemyynnin yhteyteen. Lydén myös lupasi huolehtia, etteivät assistentit järjestäisi enää preppausta.¹⁷² Prosessi osoittaa, että medikofilitutkinnosta luopuminen ei ollut katkaissut lääketieteellisen tiedekunnan siteitä matemaattis-luonnontieteelliseen osastoon. Tiedekunnalla ei vielääkään ollut keinoja vaikuttaa alkuopetukseen, koska akateemisten periaatteiden mukaisesti opettajat päättivät opetuksestaan itsenäisesti. Näin ollen, vaikka tutkinnonuudistus oli ilmentänyt pyrkimystä kohti objektiivisia mittareita, opettajien suhtautumisella oli yhä merkitystä opintojen etenemiselle.

Kandidaattien kritiikki ei kohdistunut ainoastaan opettajiin, vaan myös medisiinarien omaan käytökseen. Kurssijärjestelmän katsottiin kasvattavan hierarkkisuu-teen. Kliinisessä vaiheessa opintojärjestys perustui kursseihin, joilla oli keskeinen rooli käytännön opintojärjestelyissä. Jokaisella kurssilla oli isäntä, jonka tehtävänä oli organisoida luentojen, kliinisten palvelusten ja tenttien aikataulu kurssille sekä huolehtia kurssilaisten opinnoista niin, että kukaan ei jäänyt jälkeen. Isäntä oli kurssin yhteyshenkilö tiedekunnan suuntaan. Isäntien tehtäviä ei ollut määritelty missään, vaan kyse oli traditionaalisesta ylioppilaiden vastuusta järjestää itse opin-

167 Lääket. tdk ptk 8.3.1948 (33\$), 21.9.1948 (29\$), 14.12.1948 (28\$), 8.2.1949 (24\$), 22.2.1949 (58\$), 8.3.1949 (16\$), 29.3.1949 (12\$), 26.4.1949 (21\$), 10.5.1949 (27\$), 24.5.1949 (2\$), 31.5.1949 (16\$) liitteineen, HYKA.

168 Kandidaattiseurojen yhteinen lausunto liitteenä lääket. tdk ptk 13.9.1949 (27\$), HYKA.

169 Lääket. tdk ptk 27.9.1949 (24\$), HYKA.

170 Roos Björn-Erik, Thorax-palsta: Om de premedicinska studier. Medisiinari 4/1949, 37–40; Kyseessä lienee muistelmassa mainittu assistentti Kervinen, ks. Achté 1993, 21 ja Lääkärintyön muistoja 2006, 21, 29–30.

171 Lydén E. R.: De premedicinska studierna i kemi. Medisiinari 2/1950, 50–51.

172 Lääket. tdk ptk 16.1.1951 (11\$), 30.1.1951 (11\$), 13.2.1951 (11\$), 27.2.1951 (9\$), 29.1.1952 (10\$), 12.2.1952 (11\$), 16.12.1952 (10\$) liitteineen, HYKA.

tonsa, mikä oli vaatinut lääketieteellisessä tiedekunnassa keskittämistä.¹⁷³ Kurssien eteneminen samassa rytmissä oli tärkeää opintojärjestelmän toimivuudelle. Kurs-sijärjestelmän kritiikissä oli kyse henkilökohtaisen vastuun ja vapauden suhteesta. Kurssien hyvä yhteisöllisyys saattoi säilyä vain, jos kaikki ottivat vastuuta omasta toiminnastaan. Toisaalta yhteisöllisyys ei saanut tarkoittaa isännän johdolla lau-massa kulkemista ja hierarkioiden vahvistamista.¹⁷⁴

Lääketieteellisessä tiedekunnassa opiskelijoiden ajoittain kriittisille kannan-otoille oli kuitenkin tilaa. *Medisiinari*-lehdessä julkaistiin runsaasti kirjoituksia epäkohdista ja parannusehdotuksia sekä raportteja lääketieteen opiskelusta eri maissa, jotka antoivat kandidaateille vertailupohjaa.¹⁷⁵ Kiinnostus opintoasioihin ilmeni myös 1950-luvulla järjestetyissä keskustelutilaisuuksissa.¹⁷⁶ Kandidaattiseu-rat pitivät edelleen vanhaan tapaan yhteyttä tiedekuntaan virallisia teitä: antoivat lausuntoja, ottivat kantaa ja tekivät aloitteita. Yksi aloite, johon otettiin mallia ul-komailta, oli psykologian opetuksen ottaminen mukaan opinto-ohjelmaan. Psyko-logia oli sodan jälkeen noussut muotitieteeksi, ja professori Eino Kailan luennot vetivät kuulijoita kaikista tiedekunnista.¹⁷⁷ Vuonna 1947 ruotsinkieliset kandidaatit alkoivat keskustella psykologian opetuksen tarpeellisuudesta, sillä psyykkisten häi-riöiden nähtiin yhteiskunnan monimutkaistuessa lisääntyneen – oma merkityk-sensä lienee ollut sota-ajan henkisillä rasituksilla.¹⁷⁸ Tiedekunnalle aloitteen teki kuitenkin LKS ja vasta vuonna 1951.¹⁷⁹

Tiedekunnassa psykologian opetuksesta oli keskusteltu samana syksynä, sillä lääket. lis. Martti Paloheimo oli pyytännyt saada antaa kandidaateille ns. psyko-somaattisen lääketieteen opetusta. Tiedekunta ei ehdotukseen sellaisenaan suos-tunut, mutta psykologian todettiin saaneen niin keskeisen sijan lääketieteen eri aloilla, että asiaa oli ryhdyttävä perusteellisesti valmistelemaan.¹⁸⁰ Psykologian tar-peellisuus tuleville lääkäreille kumpusi kahdesta seikasta. Ensinnäkin psykologian nähtiin antavan pohjaa kaikille lääkäreille tarpeelliselle kyvyllä tarkastella potilasta

173 Wallgren Georg: The present situation among the medical students in Finland. *Medisiinari* 2/1948, 5–8; Stenbäck Ilmari: Kurssikuri. *Medisiinari* 2/1949, 24–27; Lääkärintyön muistoja 2006, 35; TLKS 1996, 64.

174 Roos Björn-Erik, Thorax-palsta: Det anses naturligt. *Medisiinari* 4/1948, 19–20; Stenbäck Ilmari: Kurs-sikuri. *Medisiinari* 2/1949, 24–27.

175 Raportteja: Sommerfelt S. Christian: Lääketieteelliset opinnot Norjassa. *Medisiinari* 1/1946, 20–22; Lääketieteen opinnoista Tanskassa. *Medisiinari* 2/1946, 16–17; Thorax-palsta: Medicinska studier i Danmark. *Medisiinari* 3/1947, 18–20; Laurent B.: Om de medicinska studierna vid universitetet i Zü-rich. *Medisiinari* 1/1950, 33–36.

176 Gräsbeck Ralph, Thorax-palsta: De kliniska studierna diskuterade av Thorax och FLS. *Medisiina-ri* 1/1950, 29–32; J. Klä (Kirpilä Juhani): Purnausta – mutta positiivisessa mielessä. *Medisiinari* 3/1955, 38–44.

177 Psykologia kuului Kailan teoreettisen filosofian professuurin oppialaan vuodesta 1932. Klinge 1990, 175–176, 351–352, 385–386, 464.

178 Lamberg Bror-Axel: Amerika och vi. *Medisiinari* 1/1947, 25–27; Studiereformer än en gång. *Medisiinari* 2/1947, 28–30.

179 Lääket. tdk ptk 18.12.1951 (26\$) liitteineen, HYKA.

180 Lääket. tdk ptk 11.9.1951 (34\$), 25.9.1951 (40\$) liitteineen, HYKA. Paloheimo oli jo kandidaattina tut-kinnonuudistuksen yhteydessä esittänyt psykologian ottamista lääketieteen kandidaattitutkintoon. Pa-loheimo Martti: Lääketieteen opintojen uudistaminen. *Medisiinari* 3/1942, 5–10.

kokonaisvaltaisesti ihmisenä, ei ainoastaan lääketieteellisenä tapauksena.¹⁸¹ Toisaalta tietämys psyykkisistä ilmiöistä oli yleisesti lisääntynyt, ja lääkärit olivat alkaneet kiinnittää huomiota psyykkisten tekijöiden merkitykseen muissakin kuin psykiatrisissa sairauksissa.¹⁸² LKS:n aloitteen myötä, keväällä 1952 tiedekunta päätti lisätä opinto-ohjelmaan sekä psykologian peruskurssin että soveltavan kurssin, jotka si-joittuivat ensimmäisille kliinisille lukukausille.¹⁸³ Turussa toimittiin hieman aiemmin, ja psykologian kurseja ryhdyttiin TLKS:n aloitteesta järjestämään vuonna 1950.¹⁸⁴

Professori Niilo Pesonen kiitteli kandidaatteja psykologia-aloitteen tekemisestä LKS:n 20-vuotisjuhlassa ja katsoi sen kuvaavan positiivisella tavalla medisiinarien aatteellisuutta.¹⁸⁵ Aika oli muutenkin tullut otolliseksi tiedekunnan ja kandidaattiseurojen läheisemmälle yhteistyölle. Medisiinarien monivuotinen ”propagandatyö” opiskelijoiden ja opettajien välisen yhteistyöelimen perustamiseksi alkoi nyt tuottaa tulosta.¹⁸⁶ LKS teki virallisen aloitteen tiedekunnalle yhteisestä opintokollegiosta joulukuussa 1952. Tiedekunta päätti saman tien suostua ehdotukseen.¹⁸⁷ Opintokollegion puheenjohtajaksi valittiin professori Niilo Pesonen, ja siihen tuli professorien ja opiskelijoiden edustus sekä lääketieteen että hammaslääketieteen linjoilta.¹⁸⁸

Opintokollegion perustamista oli pohjustettu pidemmän aikaa, sillä ajatus esiin-tyi *Medisiinari*ssa ensimmäisen kerran vuonna 1947. Myös professorit olivat tie-toisia kehityksestä ulkomailla. Professori Arvo Ylppö käsitteli asiaa *Medisiinarin* haastattelussa syksyllä 1952. Ylppö näki kollegion mahdollisena tehtävänä opintoihin liittyneiden epäkohtien ja parannusehdotusten käsittelyn. Keskeistä oli opiselkijoiden näkemysten ja toiveiden huomioiminen. Opintokollegiota oli ilmeisesti aiemmin vastustettu, sillä Ylppö arveli ajatuksen kohtaavan aluksi myös penseyttä tiedekunnassa.¹⁸⁹ Sen suuremmin kandidaatit riemuitsivat kollegion perustamisesta: *”Suurella ilolla on ainakin opiskelijapiireissä tämän elimen syntyä tervehditty. Siellä saataneen kaikki opettajien ja oppilaiden väliset käytännölliset järjestelykysymykset ja periaatteelliset kannanotot ratkaistua molemminpuoliseksi tyydytykseksi. Puristamme tämän asian päälle lämpimästi tiedekuntamme arvoisien professorien ja LKS:n entisten kihomiesten kättä.”*¹⁹⁰ Opintokollegio ilmeisesti ei kuitenkaan koskaan kokoontu-

181 Studiereformer än en gång. Medisiinari 2/1947, 28–30; Turku-palsta: Sihteerin pöydältä. Medisiinari 4/1950, 35; Kuukauden kasvot. Medisiinari 6/1952, 20–22.

182 Martti Kailan ”Ehdotus psykiatrian opetuksen uudelleen järjestämiseksi” liitteenä lääket. tdk ptk 1.4.1952 (24\$), HYKA.

183 Lääket. tdk ptk 15.1.1952 (26\$), 1.4.1952 (24\$), 20.5.1952 (21\$), 27.5.1952 (26\$) liitteineen, HYKA.

184 Saarnio L., Turku-palsta: Lääketieteellisen psykologian opetuksen tarpeellisuudesta. Medisiinari 4/1950, 32–35; Turku-palsta: Sihteerin pöydältä. Medisiinari 4/1950, 35.

185 A. K.: Post festum. Medisiinari 3/1952, 22–26.

186 Konkreettisimman ehdotuksen asiasta teki vuonna 1949 lääket. kand. Bror-Axel Lamberg, joka ehdotti kandidaattiseurojen ripeitä toimia aloitteen tekemiseksi tiedekunnalle. Ks. Lamberg Bror-Axel, Thorax-palsta: Staff-Student Curriculum Committee. Medisiinari 3/1949, 31–34.

187 Lääket. tdk ptk 16.12.1952 (29\$) liitteineen, HYKA.

188 Lääket. tdk ptk 13.1.1953 (14\$), HYKA; Sihteerin palsta. Medisiinari 3/1953, 40–41.

189 Kuukauden kasvot. Medisiinari 8/1952, 12–13; Pohjustusta voi päätellä olleen, ks. Pykälistä poimittua. Medisiinari 9/1952, 34–36.

190 Sihteerin palsta. Medisiinari 2/1953, 32–33.

nut, vaan ”nukahti” heti perustamisensa jälkeen, eikä tämä jostain syystä herättänyt suurempaa nurinaa kandidaattien keskuudessa.¹⁹¹ Kuitenkin medisiinarit olivat aloitteellaan huomattavasti muita opiskelijoita ”edellä”: Suomen ylioppilaskuntien liitto (SYL) alkoi vaatia opiskelijoille oikeutta osallistua opintoasioiden käsittelyyn vasta 1950-luvun lopulla.¹⁹²

Teorian vai käytännön opetusta?

Fysiologian professori Yrjö Reenpää kirjoitti 1970-luvulla ilmestyneissä muistelmissaan sodan jälkeisestä paradigman muutoksesta lääketieteessä. Germanofilinä tunnettu Reenpää totesi, että sodan vaikutus Saksan henkiseen elämään oli ollut kohtalokas ja henkisen tyhjiön olivat täyttäneet Yhdysvalloista tulleet tutkimustavat ja -opit. Näin anglosaksinen, pragmaattinen tieteellinen ajattelutapa oli syrjäyttänyt saksalaisen, idealistiseen filosofiaan pohjautuneen suuntauksen. Filosofisesti suuntautunut Reenpää itse oli huolissaan tämän ajattelutavan saamasta ylivallasta.¹⁹³ Sodan jälkeiseen suuntauksen vaihtumiseen vaikutti Saksan romahduksen lisäksi myös tarve tehdä pesäeroa Neuvostoliittoon, jonka dialektiseen materialismiin rakentunut tiedekäsitys nousi uudessa poliittisessa tilanteessa esille. Marxilaisuuden ”uhka” jäi kuitenkin vähäiseksi, kun suomalainen yliopistomaailma nojautui vahvasti läntiseen tiedeperinteeseen ja sen edustamiin vapauden ja kriittisyyden arvoihin. Kansandemokraattien neuvostovaikutteinen kulttuuripolitiikka joutuikin akateemisen maailman arvostelun kohteeksi.¹⁹⁴

Pragmaattinen suuntaus korostui sodan jälkeen myös lääketieteen opetuksessa, jonka saralla uusimmat trendit tulivat Yhdysvalloista. Nyt keskusteltiin opetuksen metodeista ja muodoista tavalla, jossa yliopiston ja lääketieteellisen tiedekunnan tehtäväksi nähtiin ensisijaisesti ammatin käytännöllisten valmiuksien opettaminen. Kehitys kulki siihen suuntaan, että aiemmin vapaaehtoisuuteen perustunut käytännön kokemuksen hankkiminen tuli vähitellen osaksi tutkintoa. Tämä ilmeni uusissa tutkintovaatimuksissa, ja tämän ammatillisen suuntauksen jatkamista vaativat erityisesti medisiinarit. Heidän yleinen ”purnauksen” aiheensa oli opiskelun teoreettisuus, luentopainotteisuus ja käytännön opetuksen vähäinen määrä. Heitä kiinnosti eniten se, miten hyvin opinnot valmistivat ammattiin. Tiedekunnan näkökulmasta keskeiseksi muodostui, miten löytää tasapaino kehittyvän ja laajenevan lääketieteen teoreettisen sisällön sekä käytännön valmiuksien opettamisen välillä. Keskustelu teorian ja käytännön välisestä suhteesta lääkärikasvatuksessa ilmeni kahdella tavalla. Ensinnäkin amerikkalaisten esimerkkien innoittamina pohdittiin

191 Sihteerin palsta. Medisiinari 1/1958, 34–35; Tiedekunnan pöytäkirjoista ei löydy vuoden 1953 jälkeen mainintoja kollegiosta ennen vuotta 1957, ks. lääket. tdk ptk 27.1.1953 (65\$), 3.3.1953 (15\$), 17.12.1957 (45\$), HYKA; Myös LKS:n toimintakertomus v. 1953. Medisiinari 3/1954, 40–42; Sihteerin palsta. Medisiinari 2/1955, 37–38.

192 Eskola 2002, 245.

193 Reenpää 1974, 64–65; Myös Hyppysellinen suola saunan jälkeen 1995, 129; Toisaalta Ragnar Granit on katsonut saksalaisen vaikutuksen hävinneen englantilaiselle jo sotien välisenä aikana etenkin Hitlerin valtaannousun jälkeen, ks. Granit 1983, 85.

194 Michelsen 2002, 202–204.

oppiaineiden välisten raja-aitojen madaltamista. Toiseksi keskusteltiin käytännön työhön oppimisesta kliinisissä opinnoissa ja amanuenssipalveluksessa.

Suomessa opetus oli pitkälti muotoutunut saksalaisten mallien pohjalta. Hans H. Simmer on todennut, että Saksassa opiskelijamäärien kasvu 1800-luvun jälkipuoliskolla ja akateeminen opetuksen vapauden periaate mahdollistivat suurten kateederiluentojen muodostumisen pääopetusmuodoksi – välttämättömyydeksi, joka ei aina edistänyt opiskelijoiden henkilökohtaista oppimista käytännön lääkirintyön näkökulmasta.¹⁹⁵ Juuri tähän Suomessa kiinnitettiin nyt huomiota, ja välineitä perinteen kyseenalaistamiseen antoi amerikkalainen lääkärikoulutus. Vuonna 1947 med. kand. Bror-Axel Lamberg esitteli *Medisiinari*-lehdessä ruotsinkielisten medisiinarien Yhdysvaltojen opintomatkan kokemuksia. Amerikkalaisissa lääketieteellisissä korkeakouluissa käytäntö ohjasi kaikkea opetusta. Suomessa kiinnostuttiin erityisesti prekliinisten ja kliinisten opintojen yhdistämisestä sekä kliinisten opintojen osalta niin sanotusta ”*conjoint medicinestä*”. Termi tarkoitti eri kliinisten aineiden opetuksen yhdistämistä tai erikoisalojen opettajien yhteisopetusta. Opetusmuotoina amerikkalaisissa lääkärikouluissa käytettiin pienryhmäluentoja, potilasdemonstraatioita ja keskusteluja, joissa ongelmalähtöisyys ja teoreettisten tietojen soveltaminen käytäntöön olivat keskeisellä sijalla. Lamberg esitti, että myös Suomessa prekliinisten opintojen yhteys kliinisiin voisi olla tiiviimpi ja että erityisesti opintojen loppuvaiheessa panostettaisiin pienryhmäopetukseen kateederiluentojen sijaan.¹⁹⁶ Myös muut ruotsinkieliset medisiinarit kannattivat ajatuksia, kuten kävi ilmi *Medisiinari*-lehden tekemästä kyselystä.¹⁹⁷ Tehokas, käytännönläheinen ja henkilökohtaiseen ohjaukseen perustuva ”*bed-side-teaching*” kliinisessä vaiheessa oli tosin aiemminkin ollut lääkärikoulutuksen ihanne, mutta sodanjälkeisen ruuhkan oloissa se sai uutta hohdetta ympärilleen.¹⁹⁸ Ilmeisesti kateederiluentojen määrä oli entisestään lisääntynyt ja korostunut kliinisessä vaiheessa.¹⁹⁹

Opettajakunnasta professori Niilo Pesonen perehtyi vuonna 1953 uusiin opetusmetodeihin lääketieteen koulutuksen maailmankonferenssissa ja opintomatkallaan Yhdysvaltoihin. Myös Pesonen kiinnitti huomiota jyrkkään rajaan prekliinisten ja kliinisten aineiden välillä suomalaisessa koulutuksessa. Pesonen näki, että ongelmia oli sekä prekliinisen opinto-ohjelman organisoinnissa että liian teoreettisessa opetuksessa. Siinä ei annettu tulevalle lääkärille tärkeää sovellettua tietoa, eikä opiskelijoille näin syntynyt hyvää kuvaa siitä, miten teoreettinen tieto liittyy

195 Simmer 1970, 188–189.

196 Lamberg Bror-Axel: Amerika och vi. *Medisiinari* 1/1947, 25–27; Myös Spectator cm: Ruotsissakin uudistetaan. *Medisiinari* 1/1947, 18–19; Turpeinen Osmo: Amerikan lääkärikoulut. *Medisiinari* 4/1946, 13–16.

197 Studiereformer än en gång. *Medisiinari* 2/1947, 28–30; Gräsbeck Ralph: Thorax-palsta. De kliniska studierna diskuterade av Thorax och FLS. *Medisiinari* 1/1950, 29–32. Studiereformer än en gång. *Medisiinari* 2/1947, 28–30; Gräsbeck Ralph: Thorax-palsta. De kliniska studierna diskuterade av Thorax och FLS. *Medisiinari* 1/1950, 29–32.

198 Esim. Olki Mikko: Selontekoa kansainvälisestä kongressista Englannissa kesällä 1948. *Medisiinari* 3/1948, 5–10.

199 Gräsbeck Ralph, Thorax-palsta: De kliniska studierna diskuterade av Thorax och FLS. *Medisiinari* 1/1950, 29–32.

käytännön lääketieteeseen.²⁰⁰ Juuri ennen nimitystään lääkintöhallituksen pääjohtajaksi, alkuvuodesta 1954 Pesonen teki tiedekunnalle tämänsuuntaisen uudistusesityksen, mutta se ei johtanut tuloksiin.²⁰¹ Myös Turun yliopiston patologisen anatomian professori Osmo Järvi katsoi, että jyrkkä raja prekliinisen ja kliinisen vaiheen väliltä olisi poistettava ja opiskelijat olisi heti opintojen alussa ohjattava elävän potilasaineiston pariin. Samalla Järvi kiinnitti huomiota kliinisten oppiaineen raja-aitoihin: tulevalle lääkärielle olisi hyödyllistä tarkastella samaa tautia eri erikoisalojen näkökulmasta.²⁰² Näiden ajatusten pohjalta pohdittiin opintojen uudistamista myös Helsingin ja Turun tiedekuntien yhteisessä neuvottelussa keväällä 1955.²⁰³

Prekliinisten ja kliinisten opintojen lähentämisen ajatus vaikuttaa olleen aikaansa edellä. Perinne oli vahva, ja yliopistolla eri tieteenalojen väliset raja-aidat olivat jyrkkiä. Tämä tuli esille etenkin lääketieteellisen tiedekunnan ja matemaattis-luonnontieteellisen osaston välisissä suhteissa. Perusluonnontieteiden opetusta ei edelleenkään annettu medisiinareille tulevan ammatin näkökulmasta vaan kyseisten tieteenalojen lähtökohdista.²⁰⁴ Vuosina 1955–1956 opintojen uudistaminen puhutti *Medisiinarissa* runsaasti. Opiskelijat loivat vastakkainasettelua teoreettisten opintojen ja käytännön lääkärin valmiuksien välille, mikä kertoo selvästi hyötynäkökulmasta. Keskustelua kuvaa hyvin LKS:n vuoden 1955 varapuheenjohtaja Kosti Myllykosken kärjisty: *”Lääketieteen lisensiaatti on juuri valmistuneena kylläkin määrännyt fysikaalisella kojeella ilman kosteuden, mutta useimmissa tapauksissa ei ole veitsellään puhkaissut ainoatakaan mätäpaisetta.”* Medisiinarit innostuivat laajasti ajatuksesta yhdistää prekliinisiä ja kliinisiä opintoja. Toisaalta vastalauseitakin esitettiin, sillä järjestelylle oli monia käytännön esteitä.²⁰⁵

Visiot tutkinnon uudistamisesta olivat suuria, todelliset muutokset pieniä. Vuonna 1955 siirrettiin medisiinarien eläintieteen opetus anatomian laitokselle matemaattis-luonnontieteellisen osaston tilanahtauden vuoksi, ja opinto-ohjelmasta poistettiin eläintieteen käytännön harjoitukset.²⁰⁶ *Medisiinari*-lehden pääkirjoituksessa iloittiin päätöksestä poistaa leikkelyharjoitukset ”kissajahteineen ja turskanluineen” ja toivottiin uudistusten jatkuvan.²⁰⁷ Tässä yhteydessä professori Eeva Jalavisto kirjoitti *Medisiinarissa* teoreettisen pohjan merkityksestä niin kliinisille opinnoille kuin käytännön lääkärin työlle. Samalla Jalavisto käsitteli tärkeällä ta-

200 Pesonen Niilo: Lääkärikoulutuksemme puntarissa. *Medisiinari* 3/1954, 8–13; Myös Pesonen 1973, 7, 196–197. Prekliinisten ja kliinisten opintojen integrointi oli kokeilussa Clevelandin Western Research -yliopistossa.

201 Pesosen ehdotus liitteenä lääket. tdk ptk 9.2.1954 (19\$), HYKA.

202 Järvi Osmo: Lääketieteen opetuksesta Suomessa. *Medisiinari* 2/1955, 18–23.

203 Tarmio 1993, 115–116.

204 Esim. ”Varmaankin suurella riemulla tervehdittäisiin eläin- ja kasviopin tarpeellisten deltaljien siirtämistä medisiinisesti orientoituneen henkilön fysiologian kurssilla antaman opetuksen yhteyteen.” Juhani Kirpilän vastine professori Eeva Jalaviston kirjoitukseen. *Medisiinari* 1/1956, 25–30.

205 Myllykoski Kosti: Yksityisajatelmiä esikliinisistä opinnoista. *Medisiinari* 2/1955, 42–46; Purnausta – mutta positiivisessa mielessä. *Medisiinari* 3/1955, 38–44; Kauranen Olavi: Vasta-ajatelmiä prekliinisistä opinnoista. *Medisiinari* 4/1955, 42–44; Aasiksen kuulumisia: Aasiksella ja klinikalla yhtä aikaa. *Medisiinari* 6/1955, 41–42.

206 Lääket. tdk ptk 18.1.1955 (53\$), 29.3.1955 (12\$), 19.4.1955 (18\$) liitteineen, HYKA.

207 Pääkirjoitus: Perusopinnoista. *Medisiinari* 8/1955, 7.

valla lääkärikasvatusta. Keskeistä oli pohtia, miksi opiskelijoille opetettiin biologisia aineita eikä tyydytty vain antamaan tietoa sairauksista ja hoitotavoista. Jalavisto korosti, että käytännön toiminta lääkärinammatissa edellytti analyysoivaa ja yhdistelevää luonnontieteellistä ajattelua, sillä potilas oli aina yksilö. Ehkäisevä lääketiede vaati myös suurempia teoreettisia pohjatietoja, sillä lääkäri ei enää voinut hoitaa vain sairauksien oireita vaan oli pystyttävä puuttumaan niiden syihin. Jalaviston mukaan myös opettajat valittivat usein opiskelijoiden heikkoja pohjatietoja.²⁰⁸ Eläintieteen leikkelyharjoitusten poistamisen myötä tiedekunnalle valitettiinkin pian, että opiskelijat olivat anatomian kursseilla aiempaa kypsymättömämpiä. Päättöstä jouduttiin korjaamaan lisäämällä anatomian opintoihin embryologian luento- ja laboratoriokurssit.²⁰⁹

Käydystä keskustelusta tulee esille, että 1950-luvulla lääketieteen opinnot muodostuivat useista eri-ikäisistä ja erilaisen historiallisen prosessin myötä osaksi tutkintoa tulleista osista, eikä kokonaisuutta ollut systemaattisesti suunniteltu tavoitteen eli käytännön lääkäriksi kasvattamisen näkökulmasta. Lähtökohtana oli ollut lääketieteen filosofis-teoreettinen traditio, johon käytännön valmiuksien opettaminen oli tullut vähitellen. Kliinisen lääketieteen kehityksen ja erikoistumisen myötä kliinisten opintojen merkitys oli alkanut korostua. Kun hoitokeinot olivat parantuneet, lääkärin työhön kohdistui entistä suurempia odotuksia. Jotta käytännön työn vaatimuksiin voitiin vastata ja tutkinto pitää tieteellisesti ajan tasalla, supistukset oli aloitettu perusluonnontieteistä, jotka taas alkoivat kuulua enemmän kouluopintoihin. Muutokset tapahtuivat kuitenkin hitaasti ja pienin askelin.²¹⁰ Yliopiston rakenteet ja opetustraditiot sitoivat tiedekuntaa, mikä näyttäytyi toisinaan rasitteena. Innokkaimmat uudistajat väläyttelivätkin mahdollisuutta irtautua yliopistosta ja perustaa oma lääketieteellinen korkeakoulu amerikkalaiseen tapaan.²¹¹ Opiskelijoiden ammattiorientoituneen näkemyksen yliopistosta tiivistä lääket. kand. Olavi Kauranen: *”Yliopisto käsitetään kouluksi, jonka tehtävänä on valmistaa minut määrättyyn ammattiin, opettajat ovat virkamiehiä, joiden on tuo tehtävä täytettävä.”* Kauranen havainnoi, että opiskelijat eivät puhuneet enää teoriasta ja tiedosta vaan hyödyistä.²¹²

Luento-opetus oli perinteinen yliopistollinen opetusmuoto, jota medisiinarit usein kritisoivat. Jokainen professori oli yliopiston järjestysmuodon mukaan velvollinen antamaan luentoja saman tuntimäärän ja dosenttien opetusvelvollisuus toteutui yleensä luennoimalla. Lääketieteellisessä tiedekunnassa tehtiin ehdotuksia dosenttiopetuksen sitomisesta tiukemmin opetusohjelmaan ja dosenttien hyödyn-

208 Jalavisto Eeva: Esikliinisen opetuksen luonteesta. Medisiinari 5/1955, 9–10; Jalavisto Eeva: Vieläkin perusopinnoista. Medisiinari 1/1956, 25–30.

209 Lääket. tdk ptk 30.10.1956 (31\$), 13.11.1956 (38\$), 15.1.1957 (19\$) liitteineen, HYKA; Keskustelua eläintieteen töistä ks. pääkirjoitus: Perusopinnoista. Medisiinari 8/1955, 7; Nimim. Vertaileva, mielipidekirjoitus: Zootomin työt. Medisiinari 1/1956, 21–22; J. Klä (Juhani Kirpilä): Edellisen johdosta. Medisiinari 1/1956, 23–25; Jalavisto Eeva: Vieläkin perusopinnoista ja Juhani Kirpilän vastine tähän kirjoitukseen. Medisiinari 1/1956, 25–30.

210 Tästä mm. Juhani Kirpilän vastine Jalaviston kirjoitukseen. Medisiinari 1/1956, 25–30.

211 Lääket. tdk ptk 29.5.1951 (30\$), 25.9.1951 (58\$), HYKA; Kolme suurta. Medisiinari 2/1953, 16–17; Pesonen Niilo: Lääkärikoulutuksemme puntarissa. Medisiinari 3/1954, 8–13.

212 Kauranen Olavi: Vasta-ajatelmiä prekliinisistä opinnoista. Medisiinari 4/1955, 42–44.

tämisestä henkilökohtaisessa opetuksessa, mutta tässä vaiheessa muutoksia ei tehty.²¹³ Toinen ongelma oli, että kliinisten luentojen demonstraatio-opetus keskittyi helposti erikoistapausten esittelyyn, sillä niitä oli yliopistoklinikoilla runsaasti ja tieteellisessä mielessä ne myös kiinnostivat professoreita. Tietyt perusasiat pyrittiin toki opettamaan, mutta kandidaateille ongelmallista oli, että perustoimenpiteet opittiin usein vain teoriassa, eikä niitä päässyt kliinisten kurssien aikana tekemään. Opintojen järjestäminen paremmin tulevaa työtä silmällä pitäen oli kuitenkin vaikeaa, sillä ongelmat olivat samat vanhat: liian suuret kurssit, opetussairaaloiden tila- ja opettajien vähäinen määrä.²¹⁴ Vuonna 1950 *Medisiinari* teki sisätautien klinikoilla palvelevan III kurssin kandidaattien keskuudessa gallup-kyselyn siitä, missä määrin kandidaatit tunsivat ja hallitsivat tavallisia kliinisiä tutkimus- ja näytteenottotoimenpiteitä. Tuloksena oli, että sisätautien menetelmiä tunnettiin huonosti ja vain harva oli päässyt tekemään tavallisimpia operaatioita.²¹⁵ Kalle Achte on muistelmissaan tuonut esille, että opinnoissa oli liikaa sellaisia tapauksia, jotka olisivat kuuluneet erikoistumiskoulutukseen, eivät käytännön yleislääkärille.²¹⁶

Kandidaatit ottivat kantaa opintoihin huumorin keinoin ja toivat esille ihan-teita ja todellisuutta, kuten lääket. kand. Karri Korkeala teki *Medisiinari*-lehden ”Kaljupäinen kandidaatti” -pakinoissaan vuosina 1950–1953. Suositut pakinat loivat kuvaa medisiinarin raskaista työpäivistä, joihin klinikoilla kuului yötoita, jonotusta kirjoituskoneen ääreen, roikkumista rondeilla 50 muun kurssilaisen mukana sekä järjestettömien byrokratian vaatimusten noudattamista. Monia pieniä ja medisiinarien usein kritisoidut piirteitä tuotiin esille: eri opettajat luennoivat samasta aiheesta samana päivänä ja tavallisimpia käytännön toimenpiteitä ei juuri kukaan päässyt seuraamaan. Sairaaloissa kandidaatit olivat hierarkian pohjimmaisina, joita sairaanhoitajat pompottelivat tylysti ja joille siivoojatkkin tiuskivat. Pakinoiden mukaan luentopöytälaia kohdeltiin lähinnä lääketieteellisinä tapauksina, eräänlaisina sairauksien esittäjinä. Korkeala osasi tiivistää opetuskritiikkinsä mukaansatempaavien tarinoiden muotoon ja ironian keinoin, kuten tekstinäyte osoittaa: *”Hiukan ihmeelliseltä hänestä [Kaljupäisestä kandidaatista, SA] tuntui ajatella, että mies saattoi valmistua lisensiaatiksi ja lähteä kuntaan – ilman, että on koskaan leikannut veitsellä muuta kuin leipää.”*²¹⁷

213 Pesosen ehdotus liitteenä lääket. tdk ptk 9.2.1954 (19§), HYKA; Mikko Repolainen: Dosenttiluennot. *Medisiinari* 8/1953, 12; Pesonen Niilo: Lääkärikoulutuksemme puntarissa. *Medisiinari* 3/1954, 8–13; Järvi Osmo: Lääketieteen opetuksesta Suomessa. *Medisiinari* 2/1955, 18–23; Myös kandidaatit toivoivat klinikoiden muuta henkilökuntaa hyödynnettävän enemmän opetuksessa, ks. esim. L. K.: Nuoli sumuun. *Medisiinari* 3/1957, 69–71; Pääkirjoitus: Opettaka. *Medisiinari* 2/1958, 7; Pääkirjoitus: Jotakin puuttuu. *Medisiinari* 5/1959, 7.

214 Gräsbeck Ralph: Thorax-palsta. De kliniska studierna diskuterade av Thorax och FLS. *Medisiinari* 1/1950, 29–32; Koskinen Olavi: Ajatuksia erään Gallup-kyselyn... *Medisiinari* 1/1951, 10–11; O.K.: Lääketieteellisten opintojen järjestelystä. *Medisiinari* 2/1952, 7–8; Kaljupäinen kandidaatti. *Medisiinari* 3/1953, 14–18; Pääkirjoitus: 10 kysymystä. *Medisiinari* 5/1958, 7.

215 Koskinen Olavi: Ajatuksia erään Gallup-kyselyn... *Medisiinari* 1/1951, 10–11.

216 Achte 1993, 64.

217 Suurin osa pakinoista julkaistiin *Medisiinari*-lehden kesänumerossa 6/1961. Lainausta pakinasta Kaljupäinen kandidaatti kirurgina.

Pakinoillaan lääket. kand. Karri Korkeala onnistui saamaan laajaa huomiota medisiinarien opetuskritiikille. Pakinoiden kirjoittajaa arvailtiin pitkään. Vuonna 1953 kirjoittaja paljastettiin *Medisiinarissa*, ja samalla Korkeala sai sanoa sanansa opetuksesta. Korkeala vaati luentojen poistamista kliinisessä vaiheessa ja opetuksen järjestämisestä demonstraatioiden, opetuskiertojen ja osastotyöskentelyn pohjalta. Hän myös esitti, että amanuenssuuri suoritettaisiin kunnanlääkärin alaisuudessa kunnansairaalassa, jossa potilasmateriaali oli tuoretta ja vaihtelevaa.²¹⁸ Taustalla vaikutti sama ajattelu kuin aiemminkin käytännön osuuksia tutkintoon lisättäessä: pyrkimys siirtää vapaaehtoisuuteen ja hiljaiseen tietoon perustunutta ammatillisten valmiuksien omaksumista viralliseen opinto-ohjelmaan. Perinteisesti käytännön lääkärintyöhön kasvamisessa ja harjaantumisessa keskeisiä olivat olleet kunnanlääkärien viransijaisuudet. Uusien tutkintovaatimusten myötä kandidaatit eivät kuitenkaan juuri päässeet toimimaan viransijaisina opintojen aikana, sillä tähän vaadittu lastentautien opetus oli siirretty viimeiselle lukukaudelle. Tiedekunnan tarkoituksena olikin nimenomaan ollut estää työskentely, mikä osoittaa uudistajien sivuuttaneen koulutukseen liittyneen hiljaisen tiedon. 1950-luvulla yleinen luonnehdinta siitä, että nuori lisensiaatti ”ei osaa mitään” liittyi käytännön kokemuksen puutteeseen, ja tästä puhuttiin niin kandidaattien kuin vanhempien lääkärin keskuudessa.²¹⁹

Vuonna 1952 kandidaatti Olavi Koskinen oli päässyt ensimmäistä kertaa työskentelemään kunnanlääkärin viransijaisena. *Medisiinarissa* hän arvioi saamaansa opetusta: ”Tietoa on tarpeeksi, taitoa hyvin vähän.” Suurin ongelma oli teknisen osaamisen puute erityisesti poliklinisessa ”pikkukirurgiassa”, tutkimustekniikassa ja kunnanlääkärin ”kansliatyössä”. Koskinen kehotti opiskelijoita seuraamaan mahdollisuuksien mukaan vapaaehtoisesti työtä poliklinikoilla ja pyrkimään itse suorittamaan mahdollisimman paljon hoitotoimenpiteitä.²²⁰ Kandidaatit osoittivatkin vanhaan tapaan kiinnostusta vapaaehtoiseen klinikkatyöskentelyn seuraamiseen.²²¹ Kiinnostavaa on, että vastaavia ohjeita annettiin ulkomailla, kuten *Medisiinari*-lehteen käännetyssä brittiläisen *The Lancet* -lehden kirjoituksessa opiskelutekniikasta. Siinä medisiinareita neuvottiin viettämään mahdollisimman paljon aikaa klinikoilla ja poliklinikoilla, kyselemään ja hiomaan ”kliinistä silmää”.²²² Vuonna 1960 kandidaateille alettiin järjestää kirurgian poliklinikkapäivystystä.²²³

Kandidaatit ryhtyivät itse paikkaamaan käytännön opetuksen puutteita. Vuonna 1954 viimeinen kandidaattikurssi järjesti nuoremmalle kunnanlääkärien sijaisen jatkokurssit, joissa opetus oli epävirallista ja keskustelevaa. Kurssilla käsiteltiin kunnanlääkärin tehtäviä ja asemaa sekä tavallisimpia vastaan tulevia toimenpitei-

218 Kaljupäinen kandidaatti. *Medisiinari* 3/1953, 14–18.

219 Klemola J. K., mielipidekirjoitus: Hiukan lääkärikoulutuksesta. SLL 18/1949, 600–601; Gräsbeck Ralph: Thorax-palsta. De kliniska studierna diskuterade av Thorax och FLS. *Medisiinari* 1/1950, 29–32; Nimimerkki Eikaljupäinen lisensiaatti, mielipidekirjoitus: Kajupäisen ”reformin” jälkimaininkeja. *Medisiinari* 5/1953, 24; L. K.: Nuoli sumuun. *Medisiinari* 3/1957, 69–71.

220 Koskinen Olavi: Kunnasta palattua. *Medisiinari* 7/1952, 21–22.

221 Kuukauden kasvot. *Medisiinari* 9/1952, 14–15; L. K.: Nuoli sumuun. *Medisiinari* 3/1957, 69–71.

222 Clark-Kennedy A. E.: Järkeä opiskeluun. *Medisiinari* 8/1955, 8–15.

223 Sihteeri. *Medisiinari* 7/1960, 34–35.

tä, kuten ns. pikkukirurgiaa, kotisynnytyksiä, lastensairauksia ja lastenneuvolatoimintaa, tuberkuloosia, kliinisen humalatilan tutkimista, reseptien kirjoittamista ja hallinnollisia töitä.²²⁴ Seuraavana vuonna LKS otti kurssit järjestettäväkseen.²²⁵ Turussa kandidaattien mahdollisuudet päästä kunnanlääkärien viransijaisiksi paraniivat vuoden 1957 opintouudistuksen myötä, jolloin lastentautiopin klininen kurssi siirrettiin aikaisempaan vaiheeseen. Tämä oli turkulaisopiskelijoille erinomainen uutinen, joka herätti Helsingin kandidaateissa huolta siitä, että he jäisivät turkulaisia epäedullisempaan asemaan.²²⁶ LKS järjesti keväällä 1957 lastentautiopin luentosarjan, jonka lääkintöhallitus hyväksyi edellytykseksi viransijaisuuksille. Tämän jälkeen LKS anoi, että tiedekunta ryhtyisi järjestämään lastentautiopin propedeutista kurssia viidennellä lukukaudella, mikä toteutuikin.²²⁷

Keskusteluun tulevien lääkärien pätevydestä osallistui myös vanhempi sukupolvi, joka kiinnitti huomiota medisiinarielämän muutokseen. Käytännön harjoittelu oli vähentynyt, sillä lisensiaateilla ei ollut enää aikaa tai taloudellisia mahdollisuuksia suorittaa vapaaehtoisia ja usein palkattomia palveluita klinikoilla valmistumisen jälkeen – nämäkin olivat olleet vapaaehtoisuuteen perustunutta perinnettä.²²⁸ Dosentti Viljo Rantasalo huomautti, että valmistuneen lisensiaatin käytännön kokemus saattoi pitkälti pohjautua vain yhteen pakolliseen toimeen. Rantasalo moitti yliopistollisen opetuksen järjestämistä ja kysyi: *”Riittävätkö nykyiset, tosin lukuisat, mutta varmaan sangen eriarvoiset ja tietääkseni tarkempaa kontrollia vailla olevat luennot sekä suurille kandidaattiryhmille annettu klinikkapalvelus antamaan käytännölliselle alalle valmistuvalla lääkäriellä ne tiedot ja taidot, joita ilman hän ei voi täysin onnistua tulevassa työssään?”* Amanuenssuurit oli nähtävä koulutustehtävinä, ja heidän henkilökohtaiseen ohjaukseensa oli panostettava.²²⁹ Amanuenssuurien tarjoamia mahdollisuuksia ei kuitenkaan aina käytetty hyväksi, ja opiskelijat kokiivat tehtävän välillä pelkäksi kirjuriintyöksi – ainakin Helsingissä. Turun yliopistoklinikoiden amanuenssuureja pidettiin suuritöisempinä.²³⁰ Toisaalta 1950-luvun alussa vapaaehtoisia amanuenssuureja suoritettiin niin paljon, että LKS esitti tiedekunnalle pakollisesta palvelusta luopumista. Tätä ei kuitenkaan toteutettu.²³¹ Vapaaehtoisten palvelujen suorittamista pidettiinkin edelleen tarpeellisenä riittävän

224 Kannatettava ajatus. Medisiinari 9/1954, 20.

225 Kunnanlääkärikurssit. Medisiinari 4/1955, 44.

226 Lääket. tdk ptk 31.1.1956 (7§) liitteineen, HYKA; Salmi Heikki A.: Turun uusi kurssijärjestelmä. Medisiinari 1/1956, 62–64; Kurssijärjestelmät. Medisiinari 2/1956, 7.

227 Lääket. tdk ptk 16.4.1957 (36§), 7.5.1957 (31§) liitteineen, HYKA; Sihteerin palsta. Medisiinari 6/1957, 42.

228 Rantasalo Viljo: Amanuenssivirat lääkärien pätevyys takeena. SLL 4/1950, 117–124; Myös Klemola J. K., mielipidekirjoitus: Hiukan lääkärikoulutuksesta. SLL 18/1949, 600–601; Kaila Kauko, mielipidekirjoitus: Lääkärinvalinnasta. Medisiinari 2/1955, 33–36; Härmäläinen Martti: Lääkärinammatti – kutsumus vai elinkeino? SLL 2/1959, 57–64.

229 Rantasalo Viljo: Amanuenssivirat lääkärien pätevyys takeena. SLL 4/1950, 117–124; Myös Mitä lääkärit työssään vaaditaan. Medisiinari 2/1957, 51.

230 Pääkirjoitus: Pakollinen amanuenssuuri. Medisiinari 9/1956, 7; L. K.: Nuoli sumuun. Medisiinari 3/1957, 69–71; Salmi Heikki A.: Amanuenssin velvollisuuksista ja oikeuksista sekä amanuenssin toimista Turun Yliopiston klinikoissa. Medisiinari 6/1957, 56–61.

231 LKS:n johtokunnan Helsingin yliopiston lääketieteelliselle tiedekunnalle lähettämä kirjelmä. Medisiinari 1/1953, 34–35; Lääket. tdk ptk 27.1.1953 (65§), 3.3.1953 (15§), HYKA.

käytännön kokemuksen saavuttamiseksi.²³² Vuonna 1957 toteutettiin muutos, jonka mukaan pakollisen amanuenssuurin saattoi suorittaa vain yliopistoklinikoilla, mitä pidettiin monilla tahoilla huononnuksena.²³³

Vaikka kandidaatit kritisoivat opintoja välillä voimakkaasti, opiskelijoiden omaa aktiivisuuttakin pidettiin tärkeänä.²³⁴ *Medisiinarissa* peräänkuulutettiin sekä opettajien vastuuta järjestää opinnot tehokkaammin että opiskelijoiden vastuuta omista opinnoistaan.²³⁵ Lääket. kand. Olavi Kauranen katsoi, että oppiminen oli ensisijaisesti kiinni opiskelijan asenteesta, lahjakkuudesta ja yritteliäisyydestä ja vasta sen jälkeen vaikuttivat opettajien ”*persoonalliset ominaisuudet, kouliintunut lääkärirutini, energisyys ja pedagoginen kyky*”.²³⁶ Nimimerkki ”Kurssiton” luonnehti *Medisiinari*-lehdessä ”kandien parhaimmiston” tyyliä seurata vapaaehtoisesti päivystystä SPR:n poliklinikalla sekä järjestää omia neuvotteluja ja ”rondeja” klinikoilla.²³⁷ Itsenäisyys ja kyky ottaa vastuuta oli oleellinen osa lääkäriksi kasvamisen prosessia. Vastuuta omista opinnoista korostettiin myös vuoden 1956 ammatinvalintaoppaassa.²³⁸

Klinikat erosivat toisistaan siinä, miten hyvin kandidaatteja opetettiin ja mitkä käytännön valmiudet he omaksuivat. Lastenklินิกka oli tunnettu hyvästä opetuksesta, jossa kliinisellä kurssilla oli mahdollista saada yleislääkärin tarvitsemat tiedot ja taidot. Lastenkliniikan ryhmäopetusta pidettiin hyvin järjestettynä, ja myös assistentit osallistuivat opetukseen.²³⁹ Vuonna 1958 tilanne parani entisestään klinikalla tehtyjen uudistusten myötä:

*”Yhdellä osastolla on 4–5 kandidaattia. He tutkivat siellä yhteisvastuullisesti potilaat, suorittavat hoitotoimenpiteet ja antavat lääkemääräykset. Assistenttilääkäri on kontrolloimassa, ettei erehdyksiä ja virheitä pääse tapahtumaan. – Siis todellisen unelmajärjestelmä. Se luonnollisesti vaatii opiskelijalta paljon entistä enemmän, mutta antaa myös suunnattomasti enemmän kuin entiset systeemit.”*²⁴⁰

232 Esim. Akateemiset urat 1956, 38.

233 Kaiku vastaa. *Medisiinari* 2/1957, 8–10.

234 J. Klä (Kirpilä Juhani): Purnausta – mutta positiivisessa mielessä. *Medisiinari* 3/1955, 38–44.

235 Norio Reijo: Puukko ja pillerikö vain. *Medisiinari* 3/1957, 9–17; Pääkirjoitus: Vapaus ja vastuu. *Medisiinari* 4/1957, 7; J. P., pääkirjoitus: Opettajan vastuu. *Medisiinari* 7/1957, 7.

236 Kauranen Olavi: Vasta-ajatelmiä prekliinisistä opinnoista. *Medisiinari* 4/1955, 42–44.

237 Kurssiton: Kunnia sille jolle kunnia kuuluu. *Medisiinari* 5/1957, 33–34.

238 Akateemiset urat 1956, 36.

239 Kurssiton: Kunnia sille jolle kunnia kuuluu. *Medisiinari* 5/1957, 33–34.

240 Sihteerin palsta. *Medisiinari* 5/1958, 30.

Fetuskasvatus, medisiinarihenki ja akateeminen yhteisöllisyys – perinteisistä rituaaleista viralliseen kasvatustoimintaan

”Aasiksella [eli anatomian laitoksella, SA] kehittyy myös se toverihenki, joka myöhemmin lääkärille on toiminnan kaikkein tärkeimpiä edellytyksiä, nimittäin kollegiaalisuus. Kollegiaalisuus perustuu toveruuteen, yhteenkuuluvaisuuden tunteeseen ja siihen tietoisuuteen, että meidän kaikkien tiedot ja taidot ovat vaillinaiset, että luonto on vaihteleva ja yllätyksellinen ja että elämän eri aloilla ja varsinkin medisiinassa esiintyy anomalioita vielä useammin kuin konsanaan Rauber-Kopschissa.”²⁴¹

Lääkärikuntaan sosiaalistumisessa opiskelutoverien yhteisöllä oli keskeistä merkitystä, ja erityisen tärkeitä yhteisöön sosiaalistamisen ja yhteenkuuluvuuden kannalta olivat jo pitkään olleet kliinisen vaiheen kurssit. Edellä olevassa lainauksessa *Medisiinari*-lehestä luonnehditaan kurssiyhteisöllisyyden syntyä. Kursseilla medisiinarit kasvoivat ammattikunnan kulttuuriin, ja yhteinen toiminta edisti ammatti-identiteetin rakentumista. 1950-luvulla tästä medisiinarien kasvatustoiminnasta tuli virallinen toimintamuoto Lääketieteenkandidaattiseurassa ja Turun Lääketieteenkandidaattiseurassa. Medicinarklubben Thorax taas jatkoi sitä kasvatustraditiota, joka sille oli kehittynyt heti toiminnan alkuvaiheessa. Helsingin kandidaattiseurojen välillä olikin eroja. Ensinnäkin Thorax pystyi pienen jäsenmääränsä ansiosta pysymään kerhomaisena yhteisönä, kun taas LKS oli muodostunut enemmänkin kurssien kattojärjestöksi. Toiseksi Thorax oli selvemmin sitoutunut akateemiseen kasvatustraditioon: sen suhde osakuntiin oli mutkattomampi kuin LKS:n ja yhteisölliset toimintamuodot saivat varhain jalansijan Thoraxissa. Suomenkielisillä sosiaalinen toiminta keskittyi kursseille. Keskeinen seuroja erottava tekijä oli, että LKS oli kandidaattien seura, kun taas Thoraxissa olivat alusta asti olleet mukana myös lääketieteen ylioppilaat.

Lääkärikuntaan sosiaalistumisen voi katsoa alkaneen sisäänpääsystä tiedekuntaan. Yliopistoon tuloon on aina liittynyt rituaaleja ja ylioppilaiden yhteisöihin tiettyä hierarkiaa – kyse on noviisien sosiaalistamisesta akateemiseen yhteisöön ja sen heimokulttuureihin. Sosiaalistuminen on tapahtunut tietoisien rituaalien lisäksi omaksumalla tiedostamatta ja vähitellen hiljaista tietoa.²⁴² Yliopistohistorian käsitteistöä käyttäen voisi puhua tietoisesta kasvattamisesta ja hiljaisesta kasvamisesta akateemiseen traditiomaailmaan. 1600-luvulla lähtien ylioppilaat olivat käyneet yhteisön jäseneksi pääsemiseksi läpi jonkinlaisen sisäänpääsytuaalin, johon liittyi usein osakunnittain järjestettyjä juhlia ja toisinaan myös pennalismia. Pitkä perinne oli ollut uusien ylioppilaiden velvollisuus palvella osakuntaansa.²⁴³ Yliopistoyhteisöön ja sen kasvatustraditioon kuului tietty hierarkkisuus. Ylioppilaat jaettiin fukseihin eli ensimmäisen lukuvuoden ylioppilaisiin ja civiksiin eli vanhempiin

²⁴¹ Puusaari. Walter Poussar 60 v. 10.5.-57. *Medisiinari* 5/1957, 49–50; Rauberin ja Kopschin saksankielinen 3-osainen teos *Atlas von Anatomie der Menschen* oli pitkään anatomian oppikirjana, ks. esim. Achté 1993, 34.

²⁴² Ylijoki 1998, 24–26, 215–217.

²⁴³ Esim. Klinge 1987, 501–510; Nissilä 1953, 73–83; Helanen 1937, 120–123; Kuusisto 1978, 56.

ylioppilaisiin, jotka olivat täysivaltaisia akateemisia kansalaisia. Fukseista tuli civiksii virallisen seremonian, fuksiaisten jälkeen, jolloin he saivat osakuntanauhansa. Civiksillä oli täydet oikeudet yhteisössään; esimerkiksi Helsingissä fuksit saivat äänioikeuden ylioppilaskunnan edustajiston vaaleissa vasta vuonna 1967.²⁴⁴

Lääketieteellisessä tiedekunnassa noviisien sosiaalistamisen logiikka muuttui vuonna 1945 sisäänpääsykokeiden myötä. Pääsykokeissa parhaiten menestyneet otettiin suoraan siihen joukkoon, josta tuli lääkäreitä. Sisään päässeille uravalinta ja tuleva ammattikunta oli selkeä. Näin oli toki ollut jo vuoden 1933 rajoituksista lähtien, mutta nyt lääketieteen ylioppilaat tulivat tiedekuntaan aikaisemmin ja nuorempina. Medisiinariyhteisössä perusyksiköitä olivat vuosikurssit, jotka alun perin olivat muodostuneet kliinisessä vaiheessa. Vuoden 1945 muutosten myötä uudet lääketieteen ylioppilaat muodostivat kurssin heti tiedekuntaan tullessaan. Prekliinisessä vaiheessa oltiin ensin alfa- sitten beetakurssilla ja anatomian opintojen alkaessa Aasiksen (eli anatomian laitoksen) I ja sitten II -kurssilla. Aasiksella kurssit olivat aiemminkin yleensä saaneet vakiintuneemman kokoonpanon, ja tässä intensiivisessä opiskeluvaiheessa alkoi muodostua kurssihenki, joka oli keskeinen medisiinarikuntaan sosiaalistumisessa ja opintojen etenemisessä.²⁴⁵ Siirtymävaiheisiin kuului rituaaleja ja juhlia, joissa tulokkaat otettiin yhteisöön traditioiden mukaisesti. Koska tutkinto oli moniportainen ja hierarkkinen, rituaaleja oli useassa kohdassa. Medisiinarien traditiomaailmaa muotoilivat kurssien lisäksi kandidaattiseurat, jotka ammensivat aineksia sekä lääketieteestä oppialana että osakuntapohjaisesta ylioppilaskulttuurista.

Suomenkielisiin osakuntiin oli 1920- ja 1930-luvuilla tullut järjestelmällinen nuorten jäsenten opastus eli fuksikasvatus Viron ylioppilasjärjestöjen antaman esimerkin mukaan. Tavoitteena oli ohjata uudet ylioppilaat osakunnan toimintaan alusta asti. Ihanteena oli luoda *”edellytykset hyvän toveripiirin löytämiselle”* ja herättää nuorissa ylioppilaissa *”rakkautta isänmaataan ja kotiseutuaan kohtaan”*. Fuksikasvatuksen muotoja olivat sivistävät esitelmätilaisuudet ja illanvietot. Tärkeää oli ”opintoneuvonta”: uusien ylioppilaiden auttaminen opintojen alkuun sekä tutustuttaminen helsinkiläiseen ylioppilaselämään. 1930-luvulla fuksikasvatuksen katsottiin palvelleen myös aitosuomalaisen Akateemisen Karjala-Seuran (AKS) poliittisia tavoitteita, mitä käytettiin perusteluna osakuntien pakollisen jäsenyyden poistamiselle.²⁴⁶

Medisiinarien piirissä oli ollut aiemminkin traditioita uusien tulokkaiden ottamiseksi yhteisöön, ainakin anatomian laitoksella.²⁴⁷ Lääketieteellisessä tiedekunnassa ei käytetty termiä fuksi, vaan nuorimpia ylioppilaita kutsuttiin embryoiksi

²⁴⁴ Kolbe 1996, 270–271.

²⁴⁵ Wallgren Georg: The present situation among the medical students in Finland. Medisiinari 1/1948, 5–8; Eräs aasislainen: Aasiksen kuulumisia. Juttua juhlista. Medisiinari 1/1956, 56–57; Puusaari. Walter Poussar 60 v. 10.5.–57. Medisiinari 5/1957, 49–50.

²⁴⁶ Osakuntalaitoksesta 1937, 29–32.

²⁴⁷ Esim. vuonna 1938 Medisiinari-lehdessä viitataan jonkinlaisiin fetuksille (=sikiö) järjestettäviin juhliin, joissa tiedekunnan ”vanhat masit” aikaivat järjestää ”Aasiksen lapsille eli fetuksille” perinteisen ”kauhean tulijaistilanteen”. Ks. Pakina: Kake purnaa. Medisiinari 3/1938, 12–13; Myös Faltin 1961, 56–58.

ennen kuin heistä tuli fetuksia.²⁴⁸ Siirtymävaiheisiin kuului lääketieteellisen perinteen mukaisesti valojen vannominen. *Medisiinari*-lehti vuodelta 1940 antaa hyvän kuvan siitä, miten ylioppilaista tuli fetuksia. Vanhempi kurssi oli järjestänyt fetusten vastaanottojuhlan, jossa muodonmuutos tapahtui seuraavasti: *"Illan kuluessa työntyä esiin 87 enemmän tai vähemmän kehittynyttä fetusta, jotka osittain vedettiin esiin, osittain tungoksen välttämiseksi lykättiin Asis-merkillä varustetuilla hypermorderneilla lapsenvaunuilla, joita työnsi kaksi huomattavasti takapajulla olevaa parinkantajaa mustine kaapuineen ja punaisine nenineen."* Tämän synnytyksen jälkeen fetukset vannoivat *"tavanmukaisen valan luvaten olla vanhemmille medisiinareille, lähinnä C II:lle alamaiset, luovuttaa heille parhaat paikat, lainata kirjojaan j.n.e."*²⁴⁹ Fetuksia olivat anatomian laitoksen ensimmäisen kurssin ylioppilaat, ja fetusaika kesti kolmannen lukukauden puoliväliin saakka, jolloin vanhempi Aasis II -kurssi järjesti nuoremmille fetustajaisat. Näissä iltajuhlissa fetukset vannoivat medisiinarivalan, jonka jälkeen heidät otettiin LKS:n jäseniksi.²⁵⁰ Valoissa vannottiin yleensä kuuliaisuutta ylemmille kursseille, ja lupaus suorittaa tiettyjä velvollisuuksia on osoituksena vanhoista fuksitraditioista. Fetustajaisia vietettiin kurssikaronkoiden tapaan illallisten muodossa, joille myös professorit osallistuivat. Ohjelmassa oli lauluja ja puheita, jotka sisälsivät runsaasti lääketieteellistä terminologiaa ja ylioppilashuumoria sekä viittasivat yhteisiin kokemuksiin.²⁵¹

Sodan jälkeisessä ylioppilasmaailmassa nuorison vapaudenkaipuu purkautui toisinaan rajuna juhlimisena ja liiallisena alkoholin käyttönä, ja samasta maaperästä kumpusivat fuksien kohteluun liittyneet ongelmat. Fuksikasvatuksessa esiintyi toisinaan armeijamaista simputusta: fuksiaisissa vanhempien civisten valtaa nuoriin ylioppilaisiin nähden ilmennettiin antamalla fukseille nöyryyttäviä tehtäviä, korostamalla heidän tyhmyyttään ja tekemällä heistä pilaa. Esimerkiksi Kalle Achté on kuvannut muistelmissaan, että kurssin fetustajaisissa syksyllä 1949 Aasiksella oli sotaväestä tuttua pennalismia²⁵². 1940-luvun lopulla käytiin laajaa keskustelua ylioppilasyhteisöjen antaman kansalaiskasvatuksen sisällöstä ja tavoitteista, minkä myötä nuorimpien ylioppilaiden kasvatusta muutettiin asiallisempaan suuntaan.²⁵³ Myös medisiinarit keskustelivat akateemisille kansalaisille sopivasta kasvatuksesta ja kurssien vastuusta. Huomiota kiinnitettiin nuorimmille ylioppilaille asetettuihin

248 Embryo-termiä (=alkio) käytettiin ainakin 1950-luvulla. Ks. Uusi puheenjohtaja. *Medisiinari* 1/1956, 36–37; Myös Kurssiton, mielipidekirjoitus: Nuoret medisiinarit ja viina. *Medisiinari* 4/1954, 29. Tämä kirjoitus käsittelee embryovaluttajaisia, jotka ilmeisesti medikofiliin voimassa ollessa olivat jo traditio; Kalle Achté on maininnut, että embryovaluttaisia vietettiin ensimmäisenä lukukautena ja seuraava kurssi järjesti nämä juhlat nuorimmille lääketieteen ylioppilaille. Ks. Achté 1993, 20.

249 C II: Fetusvastaanottajaiset. *Medisiinari* 4/1940, 34–35.

250 Wallgren Georg: The present situation among the medical students in Finland. *Medisiinari* 1/1948, 5–8; Aasiksen kuulumisia: Fetusjuhla. *Medisiinari* 8/1957, 59–60; Sihteerin palsta. *Medisiinari* 8/1957, 56; Kandidaattiseuralle. *Medisiinari* 3/1963, 9–10.

251 Esim. Cursus Sempervivus. *Medisiinari* 1/1941, 21–22; Hyvät herrat ja muut miehet! Cm Ritva Sunilan LKS:n vuosijuhlissa pitämä puhe. *Medisiinari* 4/1953, 26; Kunniamarssi. *Medisiinari* 9/1955, 43; "To be or not to be bee". *Medisiinari* 1/1957, 66–68; Sihteerin palsta. *Medisiinari* 8/1957, 56.

252 Achté 1993, 34.

253 Kolbe 1993, 113–114; Sohlstén-Nederström 2011, 66–69; Ketonen 2001, 49; Myös Achté 1993, 34.

korkeisiin juhlamaksuihin.²⁵⁴ LKS:n johtokunta päättikin huomauttaa maksuista Aasis-kursseille ja lisäsi: *"Vielä todettiin, että fetuskasvatuksessa on toivomisen varaa, sotaväestä peräisin olevien biostusmenetelmien käyttöä ei pidetty sopivana eikä myöskään vastaanottoseremonioita sekä tiedekuntaan pääsyn jälkeen että Aasiksella."*²⁵⁵

Lääkieteenkandidaattiseurassa nostettiin esille kysymys fetuskasvatuksesta vuonna 1951, jolloin seuran asettama toimikunta pohti toimenpiteitä medisiinarien kollegiaalisen hengen kasvattamiseksi ja ylläpitämiseksi. Liikkeelle lähdettiin kurin tiukentamisesta: ajatuksena oli, että LKS:n johtokunta voisi rangaista huonosti tai epäkollegiaalisesti käyttäytyneitä ja opiskelunsa laiminlyöneitä.²⁵⁶ Taustalla oli seuran kasvanut jäsenmäärä, minkä myötä yhteisöllisyyden ylläpitäminen medisiinarikunnassa oli muuttunut vaikeammaksi. Jäsenten passiivisuuden koettiin lisääntyneen. Fetuskasvatuksen todettiin vaativan tehostamista siten, että uudet tulokkaat tutustuisivat paremmin seuraan.²⁵⁷ Lisäksi Aasisen II kurssin organisoimassa fetuskasvatuksessa oli ollut ongelmia. Kaikki tämä johti siihen, että LKS otti voimakkaamman roolin medisiinarien kasvatustoiminnan järjestämisessä. Päätaavoitteeksi asetettiin lääkäri-identiteetin rakentuminen, ammattikuntaan sosiaalistaminen ja kollegiaalisuuden ylläpitäminen. Tarkoituksena oli myös vahvistaa LKS:n asemaa, sillä kaikkien kandidaattien jäsenyyden katsottiin takaavan seuran arvovallan tiedekunnassa ja ylioppilaskunnassa.²⁵⁸

LKS loi kurssien fetustajastraditioiden rinnalle uutta ohjelmaa, kun se käynnisti vuonna 1956 fetus- ja embryo-ohjaustilaisuudet sekä järjesti prekliinisille kursseille illanviettoja, joissa ohjelmana oli esitelmää, keskustelua sekä laulua ja filmejä. Fetuskasvatusta varten valittiin seuraan omat virkailijat. Toiminnan tarkoituksena oli herättää nuorissa ylioppilaissa vastuuntuntoa opiskelua kohtaan, kypsyttää heitä sairaalatyöskentelyyn ja luoda hyvää medisiinarihenkeä kursseille ja kurssien välille.²⁵⁹ Käsitellyt teemat ammensivat opiskelun ja ammattikunnan maailmasta: esimerkiksi vuonna 1959 luentojen aiheina olivat prekliininen ja kliininen opiskelu, LKS:n toiminta ja suhteet muihin ylioppilasjärjestöihin, medisiinanimoraali, työ-

254 Roos Björn-Erik: Thorax: Det anses naturligt. Medisiinari 4/1948, 19–20; Kiinnostavaa on, että jo 1600-luvulla yliopiston johto kiinnitti huomiota siihen, että rituaalisista sisäänottojuhlista koitui nuorille ylioppilaille kohtuuttomia kustannuksia. Ks. esim. Nissilä 1953, 78–79; Helanen 1937, 63; Strömberg 1996, 116.

255 Hiltunen Reino: Piirteitä 20-vuotiaan elämästä. Medisiinari 1/1952, 16–24; Civis anno -23, mielipidekirjoitus: Purnarille purnausta. Medisiinari 9/1955, 37.

256 Mäkimattila 1958, 29–30.

257 Sihteerin palsta. Medisiinari 4/1951, 20; Ote LKS:n pöytäkirjasta, joka pidettiin LKS:n johtokunnan kokouksessa 1.4.–5.1 klo 14.00 (10\$). Medisiinari 4/1951, 28–29; Ote LKS:n yleisen kokouksen pöytäkirjasta, joka pidettiin 23.4.–5.1 klo 19.30 (5\$). Medisiinari 5/1951, 37–38; Passiivisuus ilmeni kohtalokkaasti HYY:n edustajistovaaleissa vuonna 1952, jolloin LKS menetti yhden paikan. Syynä tähän katsottiin mm. Aasis-kurssien osakuntasuuntaus ja etäisyys seurasta. Ks. Sihteerin palsta. Medisiinari 9/1952, 29–32.

258 Esim. R-o: Purnausta. Medisiinari 8/1955, 36; Uusi puheenjohtaja. Medisiinari 1/1956, 36–37; Pääkirjoitus: Yhteishengestä. Medisiinari 4/1959, 7.

259 Lähtökuopissa. Medisiinari 1/1953, 11; Sihteerin palsta. Medisiinari 2/1956, 30–31, Medisiinari 7/1956, 34–35, Medisiinari 8/1956, 32–33 ja Medisiinari 8/1957, 56; Uusi puheenjohtaja. Medisiinari 1/1956, 36–37; Puheenjohtajan sana. Medisiinari 1/1957, 42–43.

paikkamahdollisuudet ja opintojen rahoitus.²⁶⁰ Näin kasvatustoiminnassa oli vahva ammatillinen painotus – vastaavaa toimintaa järjestivät myös teekkarit.²⁶¹

1950-luvun aikana medisiinarien yhteisöllisen toiminnan järjestämisessä tapahtui muutos: aiemmin sosiaalisesta toiminnasta olivat huolehtineet kurssit ja Lääketieteenkandidaattiseura oli keskittynyt kaikille medisiinareille yhteisiin opinto-asioihin ja opiskeluedellytyksiin. LKS oli ollut medisiinarien virallinen edustaja tiedekuntaan päin, huolehtinut kansainvälisestä yhteistyöstä sekä toiminut ylioppilaskunnassa. Tarve tavoittaa ja aktivoida jäsenistöä enemmän synnytti tilauksen myös muunlaiselle toiminnalle, ja LKS ryhtyikin järjestämään vapaamuotoisia kurssien yhteisiä tilaisuuksia. Näin LKS otti uudenlaisen roolin lääkärikoulutuksen täydentäjänä. Vuoden 1955 tilaisuudet olivat yleisömenestyksiä. Keskusteluiloissa medisiinareita puhuttivat opiskelusysteemi ja opiskelu ulkomailla, ja esitelmää kuultiin tupakan ja keuhkosyövän yhteydestä sekä hypnoosista. Yhteinen retki katsomaan *Leivottiin lääkäri* -elokuva keräsi koko salin täyteen.²⁶²

Medisiinarihengelle asetetut ihanteet ja todellisuus eivät aina kohdanneet. Vuonna 1956 eräs aasialainen kirjoitti *Medisiinari*-lehdessä juhlien huonosta maineesta, joka ei ollut aiheeton, sillä olut- ja makkarailasta oli muodostunut ”*suurullisen kuuluisat medisiinari-juhlat: epäjärjestys ja siivottomuus, liikaa viinaa pöydissä, pöydillä ja lattioilla*”.²⁶³ Saman syksyn fetuskasvatus ei myöskään tuottanut LKS:n johtohahmojen toivomaa tulosta, sillä Aasis I -kurssi oli osoittanut ”fakki-idiootista tyhmyyttä” arvokasta luentosarjaa kohtaan.²⁶⁴ TLKS taas valitti LKS:lle Aasis-kurssien Turun vierailusta, jossa muun huonon käytöksen ohella helsinkiläiset olivat ylioppilaskunnan tansseissa esittäneet kovaan ääneen: ”*Me ollaan meiltä – lue: Helsingistä –, ja muut on meidän krannista*”.²⁶⁵ *Medisiinarin* palstoilla LKS:n aktiivit valittivat toistuvasti kandidaattien välinpitämättömyydestä yhteisiä asioita kohtaan ja kollegiaalisuuden puutteesta. LKS ryhtyi antamaan huomautuksia jäsenilleen ”epämedisiinarimaisesta” käytöksestä, ja tämä kurinpidollinen rooli kirjattiin vuonna 1956 uusittuihin sääntöihin. Yhtenäisyyden ylläpitäminen ja medisiinarihengen luominen arvioitiinkin yhdeksi LKS:n vaikeimmista tehtävistä.²⁶⁶

Kasvatustoiminnan lisäksi yhteiset juhlat loivat ja ylläpitivät yhteisöllisyyttä. Juhltraditiot sitoivat medisiinareita akateemiseen ammattikuntaan – tätä vahvistettiin sekä omaksumalla osakuntamuotoiset juhlaperinteet että luomalla omia, lääketieteeseen liittyneitä tapoja ja rituaaleja. Medisiinareilla oli 1940- ja 1950-luvuilla useita juhlia vuodessa: Helsingissä prekliinisen vaiheen kurssit järjestivät tutustumisillanviettoja, medisiinaritanssit (aiemmin embryovaluttajaiset), fetustajaiset

260 LKS 1960 (toimintakertomus vuodelta 1959). *Medisiinari* 3/1960, 18–46.

261 Nykänen 2007, 19.

262 Lääketieteenkandidaattiseura ry:n toimintakertomus vuodelta 1955. *Medisiinari* 3/1956, 15–20; J. Klä (Juhani Kirpilä): *Leivottiin lääkäri*. *Medisiinari* 4/1955, 51.

263 Eräs nakkeja syönyt, mielipidekirjoitus: Olutta ja makkaroit. *Medisiinari* 8/1956, 45–46.

264 Sihteerin palsta. *Medisiinari* 8/1956, 32–33.

265 Puu-Tiainen: Turku-palsta. Puusta katsoen. *Medisiinari* 3/1956, 36.

266 Lääketieteenkandidaattiseura ry:n toimintakertomus vuodelta 1955. *Medisiinari* 3/1956, 15–20; LKS:n toimintakertomus vuodelta 1957. *Medisiinari* 3/1958, 14–31; LKS:n puheenjohtajan tervehdyspuhe 25-vuotisjuhlassa. *Medisiinari* 4/1958, 8–9; Kärävä Risto: Kierreportaat takaikkuna. *Medisiinari* 7/1959, 16–23; Sihteeri. *Medisiinari* 3/1961, 33–34.

sekä Aasiksen I kurssi olut- ja makkaraillan. LKS:n järjestämiä kaikkien yhteisiä juhlia olivat vuosijuhla ja vappujuhla. Thoraxin ja Odontologian kandidaattiseuran (OKS) kanssa vietettiin yhdessä Kalabaliikki-pikkujouluja.²⁶⁷ Thoraxilla oli kokous ja illanvietto kerran kuussa Nylands Nationin tiloissa. Lisäksi vietettiin joulu- ja rapujuhlia sekä vuosijuhlaa, jossa oli usein pukukoodina valkoinen lääkäritakki.²⁶⁸ Turussa ryhdyttiin järjestämään vuosijuhlia eli ”proffajuhlia” lähes välittömästi seuran perustamisen jälkeen. TLKS:llä oli 1950-luvulla oma orkesteri, joka soitti juhlissa.²⁶⁹ Juhlissa noudatettiin akateemisia pöytäjuhlaperinteitä, ja puheiden lisäksi niissä oli yleensä kulttuuriohjelmaa. Medisiinarit alkoivat myös esittää omia ylioppilasnäytelmiä tai musiikillisia speksejä. Thoraxin vuosijuhlassa 1952 esitettiin ensimmäinen, revyymuotoinen speksi *Det pubiska kriget eller Sillsalatissimus*, jonka suuren suosion vuoksi spekseistä muodostui pian traditio.²⁷⁰

TLKS loi samanlaisia fetustajaisperinteitä kuin LKS, ja fetuskasvatus aloitettiin vuonna 1957 samantapaisin muodoin johtotähtenä medisiinarihengen ja kollegiaalisuuden ylläpitäminen.²⁷¹ Fetustajaisissa vastaanotettiin aasislaiset TLKS:n jäsenkuntaan, ja tämän merkiksi he vannoinvat medisiinarivalan. Vuoden 1957 valan alku tiivistää hyvin lääkäriksi kasvamisen avainkäsitteistöä:

*”Kaiken sen kautta / joka todelliselle medisiinarille / pyhää ja kallista on / nimittäin / stetoskoopin, Therapia Fennican / ynnä medisiinarin alati uteliaan / etusormen kautta / lupaan / ja vannon / että joka hetki / niin hyvinä kuin pahoina päivinä / ja öinä / tulen pitämään arvossa kutsumustani / kunnioittamaan tehtävääni / ja enemmän kuin itseäni / rakastamaan lääketiedettäni / ja -taitettani / ja jos suinkin mahdollista / myös enemmän / tulevia potilaitani / hetkeksikään unhoittamatta / niitä käskyjä ja velvoituksia / jotka sanaan / KOLLEGIAALISUUS / sisältyvät.”*²⁷²

Tiedekuntajärjestöjen sitoutuminen akateemisiin ylioppilasperinteisiin tapahtui hitaasti, mikä osoittaa sen, ettei tiedekunta- ja aineyhdistyksiä perustettu osakuntien kilpailijoiksi vaan niiden rinnalle – välitöntä tarvetta osakuntamuotoisen toimintakulttuurin, juhlaperinteen ja symboliikan omaksumiselle ei ollut. Esimerkiksi LKS:n perustamisvaiheessa keskeistä oli yhteyksien luominen eri kurssien välille, yhteinen edunvalvonta ja virallinen asema suhteessa tiedekuntaan. Kursit huolehtivat fetustajaisista ja muista juhlatraditioista, joissa toki oli akateemista

267 Tänään. Medisiinari 8/1954, 26; Iltoja. Medisiinari 9/1955, 25–26; Eräs aasislainen: Aasiksen kuulumisia-palsta. Juttua juhlista. Medisiinari 1/1956, 56–57; Lääketieteenkandidaattiseura ry:n toimintakertomus vuodelta 1955. Medisiinari 3/1956, 15–20; LKS:n toimintakertomus vuodelta 1957. Medisiinari 3/1958, 14–31; Myös Heikkinen 2008, 144.

268 Medicinarklubben Thorax 1956, 19, 21, 30–34; Ulfves Anders: Thorax 25 år. Några axplock ur klubbens historik. Medisiinari 2/1956, 45–46.

269 Tepo (T. Peltonen): Turku-palsta. Sihteerin pöydältä. Medisiinari 3/1949, 30; Turku: Proffajuhlat. Medisiinari 4/1954, 33; Puu-Tiainen: Turku-palsta. Puusta katsoen. Medisiinari 1/1956, 60–61; Turku: Puusta katsoo. Medisiinari 4/1956, 47; Suuri proffajuhla. Medisiinari 5/1957, 60.

270 Medicinarklubben Thorax 1956, 44; Slätis 1999, 9–12.

271 Puu-Tiainen: Turku: Puusta katsoen. Medisiinari 1/1956, 60–61; Turku: Puun oksalta. Medisiinari 1/1957, 64–65.

272 ”To bee or not to be bee”. Medisiinari 1/1957, 66–68.

kerrostumaa²⁷³, mutta myös puhtaasti lääketieteellisen tiedekunnan omia perinteitä. Vasta sodan jälkeen LKS otti käyttöön ensimmäisen jäsenyyteen liittyvän tunnuksen, rintamerkin. Sen sijaan osakuntien perinteisille tunnuksille, lipuille ja nauhoille, ei ollut tarvetta.²⁷⁴ 1950-luvusta muodostui se vaihe, jolloin LKS alkoi sitoutua ylioppilasyhteisöjen perinnemaailmaan omaksumalla osakuntien toimintamuotoja: fetuskasvatus aloitettiin, jäsenistön käyttöön tarkoitettu kerhohuoneisto hankittiin ja sinne palkattiin osakuntien tapaan emännöitsijä. Vuonna 1961 järjestettiin vuosijuhlat ensimmäistä kertaa iltapukujuhline, kuten puheenjohtaja Simo Tarpila luonnehti: *"Tässäkin mielessä seura siirtyy akateemiseen kategoriaan"*.²⁷⁵

Professorien kutsuminen kandidaattiseurojen kunniajäseniksi noudatti akateemisia perinteitä niin osakunnista kuin tieteellisistä seuroista. Tällä tavoin kandiseurat saattoivat vahvistaa yhteyksiään tiedekuntaan. LKS kutsui ensimmäiseksi kunniajäsenekseen vuonna 1951 professori Väinö Seiron, joka oli toiminut aktiivisesti Duodecimin takausrenkaan käynnistämisvaiheessa lääkärikunnan taivuttamiseksi mukaan hankkeeseen.²⁷⁶ Thorax kutsui ensimmäiseksi kunniajäsenekseen professori Bertel von Bonsdorffin vuonna 1954 muun muassa vastaavista ansioista.²⁷⁷ TLKS:ssä akateemiset perinteet omaksuttiin nopeammassa tahdissa – uusi seura haluttiin liittää välittömästi akateemiseen yhteisöön. Ensimmäinen kunniajäsen professori A. R. Klossner valittiin vuonna 1954.²⁷⁸ Keskustelua vuosijuhlan eli "proffajuhlan" pukeutumisesta käytiin pitkään, mutta vuodesta 1957 tumman puvun rinnalle tuli frakki.²⁷⁹ TLKS:n oma tunnus luotiin vuonna 1959. Merkissä oli käärme, soihtu ja kranssi eli Turun yliopiston ylioppilaskunnan merkkiin oli yhdistetty perinteinen lääketiedettä symboloiva käärme.²⁸⁰ Turussa jokaisella kurssilla oli myös oma nimi ja lippu.²⁸¹ TLKS:n perinteiden muodostumiseen vaikutti se, että seura syntyi uuden tiedekunnan myötä: turkulaisilla medisiinareilla ei ollut yhteyttä paikallisiin vanhoihin ylioppilasyhteisöihin eikä niiden luomien perinteiden painolastia.

Yhteisillä juhlilla ja traditioilla vahvistettiin medisiinarien yhteisöllisyyttä ja rakennettiin ammatti-identiteettiä ammentamalla lääketieteen kielestä ja symboliikasta. Samaan suuntaan toimi medisiinarihuumori, kaskut ja vitsit, joita *Medisiinari*-lehdessä julkaistiin säännöllisesti. TLKS:n 15-vuotisjuhlakirjassa professori

273 Tästä hyvä esimerkki on, että fetustajaisten pukukoodi oli koko ajan frakki, toisin kuin LKS:n vuosijuhlassa se oli tumma puku. Ks. Teppo Lyly: Sihteerin palsta. *Medisiinari* 2/1961, 58–59.

274 Heikkinen 2008, 156–157. LKS sai oman lipun vuonna 1968 ja nauha otettiin käyttöön vuonna 1989.

275 Puheenjohtajana Simo Tarpila. *Medisiinari* 2/1961, 48–49; Emännöitsijästä ks. Pääsihteerit: Jollet siis ole käynyt 'Kempin baarissa', tee se mitä pikimmiten. *Medisiinari* 2/1960, 33.

276 Professori Väinö Seiro kutsuttu Lääketieteen kandidaattiseuran kunniajäseneksi. *Medisiinari* 3/1951, 6; Myös LKS:n toisen kunniajäsenen professori Aarno Turusen ansioksi mainittiin toiminta takausrenkaan käynnistäjänä sekä lisäksi myös uuden naistenklinikan kandasuntolan aikaansaajana. Uusi kunniajäsen. *Medisiinari* 3/1958, 7.

277 *Medicinarklubben Thorax* 1956, 41–42.

278 *Turku. Medisiinari* 8/1954, 38.

279 *Turun Lääketieteen kandidaattiseura* 1961, 42.

280 *Turkulaisittain. Medisiinari* 4/1959, 77–79. Kirjoittaja kuvaa hauskaasti merkin symboliikkaa ja medisiinarien suhdetta ylioppilaskuntaan Turussa luonnehtien medisiinarien mielipidettä merkistä: "Käärme pitämässä pystyssä ylioppilaskunnan merkkiä." ja muiden opiskelijoiden: "ylioppilaskunnan merkkiin takertunut loismato".

281 TLKS 1996, 65; TLKS 2006, 83.

Osmo Järvi piti medisiinarihuumorin viljelemistä seuran päätehtävänä: *”Medisiinarihuumori yhdistää, se tekee opiskelijat tovereiksi keskenään. -- Se hävittää väärän kilpailun, se tekee meistä rebellisiä, se nöyristää. -- se tekee meistä kollegoja.”*²⁸² Järven sanat osoittavat hyvin, miten tärkeänä sitoutumista yhtenäiseen kulttuuriin pidettiin lääkäriksi kasvamisen tiellä.

* * * * *

Sodan jälkeisinä vuosina medisiinarikunta etsi uutta roolia ja ihanteita uudessa tilanteessa. Saksalaisesta kulttuurisuuntauksesta oli siirrytty amerikkalaiseen, ja opetuksen ihanteita ja käytännön metodeita alettiin arvioida uudelleen. Anglo-amerikkalainen koulutus tarjosi samaistumispintaa sodan jälkeiselle pragmaattiselle medisiinaripolvelle, jota kiinnosti ennen kaikkea valmistua tulevaan ammat-
tiinsa. Koulutuksen hyötyajattelu merkitsi hiljaisen tiedon muuttamista näkyväksi: etenkin vapaaehtoisuudelle perustuneen kokemuksen kartuttamisen aika näytti olevan takana opiskelijamäärien kasvaessa. Koulutukseen vaadittiin lisää käytäntöä. Samalla kuitenkin lääketieteen teoreettiset alat kehittyivät nopeasti, mikä merkitsi opettajakunnalle ristipaineita. Suomalaiseen yliopistokoulutukseen kuului tietty pyrkimys välttää äkillisiä muutoksia. Tämä loi toisaalta tilaa ylioppilaille toimia itse muutoksen moottoreina. Vastuun sanomasta muodostui 1950-luvun medisiinarien viesti. Se ilmeni ensinnäkin opetuksessa, jota kandidaatit pyrkivät itse kehittämään ja täydentämään ja jota koskeviin asioihin he halusivat ottaa osaa tiedekunnassa. Toiseksi vastuun eetos näkyi yhteisöllisessä toiminnassa, jossa seurat pyrkivät medisiinarien kasvattamiseen ammattikunnan oikeisiin arvoihin: kollegiaalisuuteen, velvollisuudentuntoon ja kutsumusajatteluun.

3. Aatteellisuus vai materialismi? Lääkäri-ihanne murrosaikana

Kulttuuritoiminnalla ja ammatillisella vastuulla fakki-idiotismia vastaan

”Ammatillinen järjestäytyminen yhteiskunnassa on luokkataistelun muuttuneen luonteen takia muodostunut ajankohtaiseksi.”

Näillä sanoin perusteli med. kand. G. R. Wallgren *Medisiinari*-lehdessä tiedekuntayhdistysten yhteiselimen perustamista Helsingin yliopiston ylioppilaskunnassa (HYY). Tiedekuntajärjestöjen keskustoimikunta (TKT) perustettiin vuonna 1947 jäsenjärjestöjensä ylioppilaspoliittiseksi ”puolueeksi” alueelliselta pohjalta muodostettujen osakuntien rinnalle.²⁸³ Wallgrenin viittaus ”luokkataisteluun” satoi tiedekuntayhdistysten järjestäytymisen laajempaan yhteiskunnalliseen prosessiin, jossa myös perinteisesti ammatillisen järjestäytymisen ulkopuolelle jääneet alat alkoivat

²⁸² Turun Lääketieteenkandidaattiseura 1961, 12.

²⁸³ GRW (G.R. Wallgren): Tiedekuntajärjestöjen yhteistoiminta alkanut. *Medisiinari* 2/1947, 16–17.

järjestäytyä ja valvoa etujaan. Tämä ilmeni Henkisen Työn Keskusliiton (HTK) edunvalvontatoiminnassa sodan jälkeen. HTK:n rinnalle perustettiin vuonna 1950 akateemisesti koulutettujen keskuselimeksi Akateeminen valtuuskunta. Pian nimensä Akavaksi muuttanut järjestö ryhtyi tarkastelemaan akateemisten alojen työmarkkinakehitystä.²⁸⁴ Ylioppilaiden järjestäytyminen oppiaineittain ja näiden yhdistysten yhteistoiminta ilmensivät uudenlaista näkökulmaa yliopistoon ja opintoihin, jossa korostuivat ammatillisuus, työelämälähtöisyys ja hyötyajattelu. Tiedekunta- ja aineyhdistykset voimistuivat erityisesti ammattikasvatukseen suuntautuneissa tiedekunnissa ja matemaattis-luonnontieteellisen osaston piirissä. Tämä loi otollisen tilaisuuden haastaa osakuntien valta-asema ylioppilaspolitiikassa – HYY:n, sen edustajistovaalien sekä edustajiston ja hallituksen pienoismaailmassa. Osakunnissa tiedekuntajärjestöjen aktivoitumista pidettiin uhkana. On kuitenkin huomattava, että kaikki aineyhdistykset eivät liittyneet TKT:hen.²⁸⁵

TKT määritteli tavoitteekseen helpottaa opiskelijoiden ammatillisten kysymysten käsittelyä ja hoitaa tiedekuntajärjestöjen yhteisiä asioita. Vaikka kysymys oli ammatillisen kasvatuksen näkökulman tuomisesta ylioppilaspolitiikkaan, tavoitteet HYY:ssä olivat myös käytännöllisiä. Esille nostettiin HYY:n järjestöille tarjottujen määrärahojen ja tilojen jakamisen periaatteet, mikä osoitti pyrkimystä haastaa osakunnat.²⁸⁶ HYY:n edustajistovaaleissa TKT:n varsinainen ”ylioppilaspoliittinen esiinmarssi” tapahtui vuonna 1951, jolloin ne saivat 17 paikkaa 60:stä ja olivat vaalien selviä voittajia. Tämän jälkeen TKT:n ja osakuntien välisestä työjaosta sovittiin keskinäisissä neuvotteluissa, joissa päätettiin yleisen kansalaiskasvatuksen olevan yhä osakuntien vastuulla ja ammatillisen kasvatuksen taas tiedekuntayhdistysten tehtävä. Näin määriteltiin voimistuneiden tiedekuntajärjestöjen edustaman ammattisuuntauksen suhdetta sivistysyliopistoon sitoutuneiden osakuntien isänmaallis-kansalliseen traditioon. Kuten Laura Kolbe on todennut, aatteellisen ja ammatillisen toiminnan vastakkainasettelu ei murtanut akateemista yhteisöllisyyttä, mitä ilmensi tiedekuntajärjestöjen sitoutuminen osakuntapohjaisiin akateemisiin perinteisiin.²⁸⁷

Tämä ylioppilasmaailman tehtävänmäärittely linkittyi laajempaan keskusteluun akateemisen kasvatuksen tarkoituksesta: oliko yliopiston tehtävä valmistaa ylioppilas suoraan ammattiin vai antaa laajempi sivistys- ja kansalaiskasvatus. Kysymys liittyi pohdintaan aikakauden materialistisesta hengestä, jonka osana ilmeni huolta ylioppilaiden aatteettomuudesta. Tässä suhteessa ylioppilastoimintaa peilattiin menneiden aikojen aatteellisuuteen. Ylioppilaiden keskittyminen sodan jälkeen taloudellisiin ja opintososiaalisiin kysymyksiin määriteltiin ”materialismiksi” – tätä edustivat tiedekuntajärjestöt ja osakunnista erityisesti Eteläsuomalainen osakunta. Ylioppilasmaailman sisällä näitä syytöksiä esitti 1950-luvun alkupuolella järjestäy-

284 Kolbe 1993, 236, 243–244, 456; Myös Bergholm 2005, 114–126.

285 Kolbe 1993, 241.

286 GRW (G. R. Wallgren): Tiedekuntajärjestöjen yhteistoiminta alkanut. *Medisiinari* 2/1947, 16–17; Kolbe 1993, 240–242; Myös Turussa ilmeni osakuntien ja opintosuuntayhdistysten välistä kiistaa juuri avustusten ja toimitilojen jakamisesta sen jälkeen, kun edustajisto perustettiin vuonna 1957. Ks. Ketonen 2001, 157.

287 Kolbe 1993, 246; Myös Sihteerin palsta 4/1949, 17–18.

tyntyn ylioppilaspuolue Vapauden Akateeminen Liitto (VAL), jonka taustalla olivat suuret maaseutuosakunnat. VAL muotoili uudesta näkökulmasta ylioppilaiden isänmaallis-kansallista tehtävää ja korosti maaseudun ja kaupungin, aatteellisuuden ja materialismin vastakohtaisuutta. Vastakkainasettelu ilmeni ylioppilaspoliittisessa kamppailussa. HYY:n edustajistovaaleissa vuonna 1952 VAL asettui kiihkeässä vaalipropagandassaan vastustamaan ”helsinkiläisten kabinettipolitiikkaa” ja ”tiedekuntajärjestöjen työmaaterroria”.²⁸⁸ Vaalitaistelun laineet osuivat myös LKS:aan, kun Hämläis-osakunnan listalla olleet medisiinariehdokkaat suuntautuivat vaalimainonnassaan LKS:n ehdokkaita vastaan. LKS tuomitsi VAL-vetoiseksi tulkittavissa olevan hyökkäyksen epäkollegiaaliseksi, sillä aatteellista vastakkainasettelua tärkeämpää oli medisiinarien yhtenäisyys ja yhteinen edunvalvonta.²⁸⁹

LKS oli perustamisensa aikaan asettunut kilpailuasetelmaan osakuntien kanssa mutta myöhemmin ilmaissut tukensa niille. Helsingissä osakunnat olivat keskeinen osa ylioppilaselämää, ja medisiinarit pitivät kontakteja muiden alojen opiskelijoihin tärkeinä.²⁹⁰ TKT:n alkutaipaleen kiihkeän ylioppilaspoliittisen kamppailun jälkeen osakuntien ja tiedekuntajärjestöjen väliset ristiriidat laimenivat. Vuonna 1953 LKS:n entinen puheenjohtaja Olavi Koskinen määritteli *Medisiinari*-lehdessä seuran suhdetta osakuntiin: ”Jo sääntömme määrittelevät toimintamme ammatillisena järjestönä sellaisiksi, että asenne kontra osakunnat on aiheeton. Kummallekin riittää toiminta-alaa rinnakkaisjärjestöinä, joten viimeaikaisten riidat ovat vain valheriitaa.”²⁹¹ LKS:n aktiivit kannustivatkin medisiinareita säännöllisesti osallistumaan osakuntatoimintaan ja kilpailua pyrittiin tietoisesti välttämään.²⁹² Lisäksi LKS erosi vuonna 1954 TKT:stä lähinnä avustusten jakamiseen liittyneiden ristiriitojen vuoksi.²⁹³ Kun erosta oli kulunut vuosi, LKS:ssa todettiin, että seuran asema itsenäisenä tiedekuntajärjestönä oli lujittunut. LKS oli muuttunut vapaaksi toimijaksi, jonka todettiin saaneen arvostusta ylioppilaskunnassa. Tämä viitanee osakuntien hegemoniaan ylioppilasmaailmassa.²⁹⁴ Vaikuttaa siltä, että yhteistyö osakuntien kanssa oli LKS:lle kannattavaa. Medisiinarit ja dentistit osallistuivat 1950-luvun jälkipuoliskolla edustajistovaaleihin suomenkielisten osakuntien vaaliliitossa. Yhteistyö takasi LKS:lle paremmat mahdollisuudet saada seuran edustaja HYY:n hallitukseen. 1960-luvun alussa LKS palasi TKT:n listoille.²⁹⁵ Sen sijaan Medicinarklubben Thorax pysyi koko ajan TKT:n jäsenenä.²⁹⁶

²⁸⁸ Kolbe 1993, 323–324, 338, 393–405.

²⁸⁹ Hiltunen Reino: Ylioppilaskunnan vaaleista ja vähän muustakin. *Medisiinari* 9/1952, 23–25.

²⁹⁰ Esim. TKT:n varapuheenjohtaja, Thorax-aktiivi Wallgren painotti osakuntatoimintaan osallistumisen tärkeyttä, ks. Wallgren Georg R.: Thorax-palsta. *Studentbostäder och studier. Medisiinari* 2/1947, 26–28.

²⁹¹ Kolme suurta. *Medisiinari* 2/1953, 16–17.

²⁹² Puheenjohtajan sana. *Medisiinari* 1/1957, 42–43; LKS:n toimintakertomus vuodelta 1957. *Medisiinari* 3/1958, 14–31; LKS:n puheenjohtajan tervehdyspuhe 25-vuotisjuhlassa. *Medisiinari* 4/1958, 8–9; Uusi nuijamies. *Medisiinari* 1/1960, 24–25.

²⁹³ LKS – TKT. *Medisiinari* 5/1954, 39; Mäkimattila 1958, 104–106.

²⁹⁴ Sihteerin palsta. *Medisiinari* 5/1955, 49–50.

²⁹⁵ Lääketieteenkandidaattiseura ry:n toimintakertomus vuodelta 1955. *Medisiinari* 3/1956, 15–20; LKS 1960 (toimintakertomus vuodelta 1959). *Medisiinari* 3/1960, 18–46; Lääketieteenkandidaattiseura A.D. 1960. *Medisiinari* 3/1961, 19–31; Myös Mäkimattila 1958, 105–106.

²⁹⁶ Medicinarklubben Thorax 1956, 37.

Keskustelu yliopiston tehtävistä ja yliopistollisen kasvatuksen suunnasta jatkui koko 1950-luvun. Modernin ammattisuuntauksen voimistuminen oli herättänyt akateemisessa sivistyneistössä huolta, johon vastattiin leimaamalla suuntautuminen kapealle erikoisalalle ”fakki-idiotismiksi”. Taustalla oli huoli akateemisesti koulutettujen aseman muutoksesta, johon pyrittiin vastaamaan määrittelemällä oma identiteetti perinteisesti arvostetun sivistysyliopistotradition puitteissa. Sen mukaisesti yliopistolla nähtiin olevan tärkeä rooli ylioppilaiden moraalin kehittymiselle ja maailmankuvan rakentumiselle lähinnä humanistisen sivistysihanteen pohjalta. ”Fakki-idiotismia” oli sellainen koulutus, joka tuotti vain tietyn alan erityisosaajia ilman laajempaa tieteellistä ja taiteellista sivistystä. 1950-luvulla ammatillinen koulutussuuntaus nähtiin uhkana yliopiston identiteetille, ja sitä vastaan varustauduttiin ryhtymällä toimenpiteisiin ”fakki-idiotismin vastustamiseksi”.²⁹⁷ Jemina Sohlstén-Nederström on liittänyt pejoratiivisen puheen ”fakki-idiotismista” ja keskustelun laaja-alaisen sivistyksen tarpeesta myös yliopistomaailman valtataisteluun vanhan sivistysyliopiston ja nousevien, käytännöllisten, teknis-taloudellisten tieteiden välillä.²⁹⁸ Keskustelun voi liittää myös sodan jälkeiseen taipumukseen vedota moraaliin ja korkeampiin aatteisiin.²⁹⁹

Heli Kataja on tutkimuksessaan kahdesta suomalaisesta sukupolvesta todennut, että ”samalla koulutustasolla on eri merkitys eri ikäryhmissä” sen osalta, missä määrin koulutus on tuottanut niin sanottua ruumiillistunutta kulttuuripääomaa eli ”hyvää makua”.³⁰⁰ Huomio on yleistykseen tärkeä, sillä se osoittaa kulttuuripääoman käsitteen aikasidonnaisuuden. Jos tarkastellaan 1950-luvun yliopistomaailmaa, ”hyvä maku” liittyi klassiseen humanistiseen sivistyskäsitteeseen, minkä keskustelu fakki-idiotismista osoittaa. Vaikka medisiinarien tausta oli 1950-luvulla yhtä yläluokkainen kuin 1930-luvulla, erilainen yhteiskunnallinen tilanne tuotti erilaisia käsityksiä sivistyksestä. Kun vanhempi sukupolvi muistutti ahkerasti medisiinareita yleissivistyksen merkityksestä, se liitti tähän sivistykseen erilaisia määritteitä kuin nuoret. Sivistys tai ”hyvä maku” ei luonnollisesti ole staattinen käsite, vaan se kuvaa akateemisesti koulutetun luokan kulloistakin käsitystä ja arvostuksia. Sodan jälkeisenä aikana luonnontieteellinen ja tekninen ammatillinen tieto alkoi vähitellen nousta humanistisen sivistystradition rinnalle, mutta käsitys akateemisen yläluokan habitukseen liittyneistä arvostuksista ei vielä muuttunut.

Sivistystraditio oli siis tässä vaiheessa vielä vahvempi, mikä ilmeni laajassa yliopistollisessa toiminnassa humanistispainotteisen kulttuuri- ja kansalaiskasvatuksen hyväksi. Ajan henkeä ilmensi osakuntavetoinen Ylioppilaiden Kulttuuri-toimikunta, jonka järjestämä ohjelma sai suuren suosion ”kulttuurinälän” vuosina. Kulttuuritoimikunnan tieteellisten yleisesitelmien perilliseksi tuli yliopiston *studia*

²⁹⁷ Kolbe 1993, 323–324, 460–462; Kolbe 1996, 123–126.

²⁹⁸ Sohlstén-Nederström 2011, 82, 331.

²⁹⁹ Alasuutari 1996, 105–108.

³⁰⁰ Kataja 1997, 87–88, 94–96. Katajan tutkimus osoittaa, että koulutustason noustessa Suomessa 1960-luvulta lähtien alemman keskiasteen koulutuksen arvo on alentunut. Ruumiillistunut kulttuuripääoma ei siis ole sidoksissa staattisesti koulutustason korkeuteen vaan koulutuksen suhteelliseen merkitykseen yhteiskunnassa.

generalia -toiminta.³⁰¹ Sen taustalla oli matemaattis-luonnontieteellisen osaston professori Pontus Palmgrenin aloite ylioppilaiden yleissivistyksen kohottamiseksi.³⁰² Konsistorin asettama toimikunta esitti mietinnössään vuonna 1951 vapaaehtoisten *studia generalia* -lentojen järjestämistä yleisen akateemisen kansalaistietouden laajentamiseksi – esikuvia oli saatu Hollannista. Pyrkimyksenä oli nimenomaan estää liiallinen erikoistumiskehitys ja vastustaa ”fakki-idiotismia”. Ensimmäisessä kevään 1952 ohjelmassa oli luonnontieteellisiä, lääketieteellisiä, humanistisia ja yhteiskuntatieteellisiä yleisluentoja. Aikakauden sivistysidealin mukaisesti humanistiset tieteet saivat kuitenkin selvän painotuksen.³⁰³

Fakkiutuminen oli osa sodan jälkeistä ylioppilaiden identiteetin muutosta, jossa aatteellisuudesta siirryttiin toimimaan opiskeluun liittyvien ja opintososiaalisten asioiden parissa. Kun osakunnat edustivat yliopiston sivistystraditiota, nousevia tiedekuntayhdistyksiä myös tarkoituksella leimattiin haitallisen fakkiutumisen edistäjiksi. Medisiinarien suhtautuminen keskusteluun oli kahdenlainen: yhtäältä medisiinarien ”fakki-idiotismia” korostettiin itseironiseen tyyliin tai koko termiä ironisoiden, mutta toisaalta LKS asettui järjestönä voimakkaasti vastustamaan fakki-idiotismia. Esimerkkejä käsitteen ironisesta käytöstä löytyy *Medisiinari*-lehdestä useita: Naistenklinikan uuteen kandiasuntolaan hankittiin radio ”fakki-idiotismin vastustamiseksi”³⁰⁴, Aasis-palstalla pohdittiin ”– eivätkö fakki-idiootti ja medisiinari ole synonyymejä?”³⁰⁵ ja vuonna 1959 julkaistiin ohjeet ”Miten tulet hyväksi fakki-idiootiksi”.³⁰⁶

Yliopiston lisäksi ilmapiirin muutokseen reagoivat valmistuneet akateemiset kansalaiset; esimerkiksi vanhemman sukupolven lääkärit muistuttivat nuoria yleissivistyksen tarpeesta.³⁰⁷ 1950-luvun lopulla LKS liittyi ”fakki-idiotismin” vastaiseen rintamaan luomalla puitteet medisiinarien kulttuuritoiminnalle ja avautumiselle muille aloille. Kyse oli myös lääkärikunnan humanistisen perinnön uudelleenarvioimisesta, sillä perinteisesti lääkärien arvostus ja ammatin eettinen ulottuvuus perustuivat laajaan sivistykseen. Näin ollen kulttuuriharrastuksia pidettiin lääkäreille tarpeellisina ja tärkeinä. Tätä näkemystä edusti *Medisiinari*-lehdessä vuonna 1956 teemaa käsitellyt kandidaatti, joka katsoi kulttuuriharrastukset – kirjallisuuden, taiteiden ja kielten opiskelun – tarpeellisiksi tulevaan ammattiin valmistautumisenkin vuoksi, sillä lääkäreitä arvioitiin kulturelleja arvoja omaavina ihmisinä.³⁰⁸ Samansuuntaista kansainvälistä keskustelua avaa *Medisiinarissa* julkaistu käännös artikkelista arvostetussa brittiläisessä *The Lancet*-lehdessä, joka käsitteli opiskelu-

301 Klinge 1990, 194–196.

302 Lääket. tdk ptk 27.4.1948 (36\$), 26.5.1948 (34\$) liitteineen, HYKA. Lääketieteellinen tiedekunta kannatti Palmgrenin aloitetta, kunhan luennot olisivat medisiinareille vapaaehtoisia.

303 Kolbe 1993, 326–328; Lääket. tdk ptk 6.11.1951 (7\$) liitteineen, HYKA; Myös Saksassa henkisen ja kulttuurisen tiedon nälkä oli sodan jälkeen suuri, jolloin yliopistoissa ryhdyttiin järjestämään pakollisia, laajan sivistyksen ideaaliin pohjautuvia yleisopintoja kaikille ylioppilaille (*Studium generale*). Ks. Kolbe 1993, 324.

304 Sihteerin palsta. *Medisiinari* 8/1954, 24–25.

305 Aasis-palstan toimitukselta Kysytään. *Medisiinari* 8/1957, 65–67.

306 Miten tulet hyväksi fakki-idiootiksi. *Medisiinari* 8/1959, 34–38.

307 Esim. Farfar, mielipidekirjoitus: Herr redaktör. *Medisiinari* 7/1957, 62.

308 L. H.: *Medisiinari* ja kulttuuri. *Medisiinari* 4/1956, 42–43.

tekniikkaa. Kirjoittaja päätti tekstinsä kehotukseen kavahtaa fakki-idiotismia ja hankkia hyvä yleissivistys. Romaanien, erityisesti maailmankirjallisuuden klassikoiden lukeminen oli hyödyllistä lääkärille tarpeellisen elämäkatsomuksen ja ihmistuntemuksen kehittämiseksi.³⁰⁹ Kulttuuriteemat alkoivat yleistyä *Medisiinarin* palstoilla vuosikymmenen vaihteessa, ja esimerkiksi vuoden 1959 päätoimittaja Antti Mäkimattila kannusti medisiinareita kulttuuriharrastusten ja oman alan ulkopuolisten asioiden pariin.³¹⁰

Laaja sivistys ja toiminta oman ammattialan ulkopuolella olivat vielä 1950-luvulla osa ylioppilaan identiteettiä, johon kuului akateemisen sivistyneistön perinteinen rooli ja vastuu kansalaisina. Snellmanilainen kansalaiskasvatus nähtiin yhä yliopiston tärkeäksi tehtäväksi, ja tähän traditioon sosiaalistamisessa osakunnilla oli keskeinen rooli.³¹¹ Tältä pohjalta medisiinareita oli kannustettu ottamaan osaa osakuntatoimintaan, mutta vuosina 1957–1959 LKS:n kasvatustehtävä laajeni. Taus-ta määriteltiin vuoden 1956 uusissa säännöissä, joihin kirjattiin seuran tehtäväksi edunvalvonnan rinnalle: ”-- seura pyrkii kasvattamaan jäsenissään ammatillista vastuuntuntoa ja kehittämään heidän kansalaiskuntoaan.” Aatteellisuuden kiteytti LKS:n puheenjohtaja Jaakko Perheentupa vuonna 1957. Hän linjasi, että kollegiaalisuuden ja ammatillisen vastuuntunnon tuli syntyä opiskeluaikana, sillä muuten ne eivät kunnolla muodostuisi. Perheentupa pohti myös työnjakoa osakuntien kanssa: niiden tehtävänä oli perinteisesti ollut tarjota ylioppilaille yleissivistys ja ”sosiaalinen sivistys”, mutta jos suuri joukko medisiinareita ei enää osallistuisi osakuntatoimintaan, se toisi kandidaattiseuralle uusia velvollisuuksia.³¹² Kandidaateille tehty tutkimus osoittikin, että osallistuminen osakuntatoimintaan oli opintojen alkuvaiheessa ”kohtalaista”, mutta jatkui vain harvojen kohdalla kolmannen opiskeluvuoden jälkeen.³¹³

Kun LKS määritteli muiden ylioppilasjärjestöjen tapaan tehtäväkseen fakki-idiotismin vastustamisen ja tulevien lääkärin kasvattamisen sivistyneistön rooliin kuuluvaan vastuuseen, avainsanoja olivat medisiinarien yhteiskunnallinen kypsyys, vastuuntunto, kollegiaalisuus ja lääkärin etiikka.³¹⁴ Virallisen prekliinisten kursien kasvatustoiminnan rinnalle tuli koko jäsenistölle tarkoitettu toiminta, joka suuntautui ammatillisten teemojen lisäksi yleissivistävään ja kansalaiskasvatukseen. Uudenlaisen vapaa-ajan toiminnan, ”osakuntakasvatustyyppisen koulutuksen ja kanssakäymisen” mahdollisti LKS:n uusi suurempi kerhohuoneisto.³¹⁵ Huoneiston merkityksen tiivistä vuoden 1959 puheenjohtaja Risto Kärävä: ”Toivottavasti LKS onnistuu pyrkimyksissään taistella fakki-idiotismia vastaan ja lisätä jäsenistönsä val-

309 Clark-Kennedy A. E.: Järkeä opiskeluun. *Medisiinari* 8/1955, 8–15.

310 Pääkirjoitus: Eteenpäin elämään. *Medisiinari* 1/1959, 7; Pääkirjoitus: Onko jotain unohtunut? *Medisiinari* 3/1959, 7.

311 Laajemmin ks. Kolbe 1993, 110–128.

312 Puheenjohtajan sana. *Medisiinari* 1/1957, 42–43.

313 LKS:n toimintakertomus vuodelta 1957. *Medisiinari* 3/1958, 14–31.

314 LKS:n puheenjohtajan tervehdyspuhe 25-vuotisjuhlassa. *Medisiinari* 4/1958, 8–9; Norio Reijo: Puukko ja pillerikö vain. *Medisiinari* 3/1957, 9–17; Kärävä Risto: Kierreportaat takaikkuna. *Medisiinari* 7/1959, 16–23.

315 Pääkirjoitus: Yhteishengestä. *Medisiinari* 4/1959, 7; S.T.: Yleiskokous. *Medisiinari* 7/1959, 8; Kärävä Risto: Kierreportaat takaikkuna. *Medisiinari* 7/1959, 16–23; Uusi nuijamies. *Medisiinari* 1/1960, 24–25.

veutuneisuutta myös vahvistamalla uuden huoneiston suomin mahdollisuuksin kanssakäymistä muitten alojen opiskelijoitten ja opiskelijayhdistysten kanssa. Palvelkoon Lääketieteenkandidaattiseuran uusi kerhohuoneisto kollegiaalisuuden ja oikean yhteishengen, medisiinarihengen, vahvistamiseksi kaikkia seuran jäseniä.”³¹⁶ Omasta huoneistosta tuli tärkeä myös TLKS:lle, joka vuokrasi vuonna 1961 osan Orionin kunnostamasta, vanhan ravintola Tivolin huoneistosta.³¹⁷

”Karsintakurssihenki” – Kutsumus vai raha medisiinarin motiivina?

Kun vuoden 1945 tutkintovaatimukset valintakuulusteluineen astuivat voimaan, syntyi pian käsitys, että lääketieteelliseen tiedekuntaan pääsy oli kovan kilpailun ja ”kynnärpäätaktiikan” takana. *Medisiinari*-lehden pakinoitsija Candidatus Cachecticus tarkasteli uusia tulokkaita syksyllä 1946: ”Sillä kilpailu on niin ankara, ettei moiseksi [lääket. ylioppilaaksi, SA] pääse ilman huikean korkeata koulu- ja ylioppilaskirjoitustodistuksen keskiarvoa.”³¹⁸ Kilpailun lisääntymisestä oli tosin puhuttu jo vuoden 1933 sisäänpääsyrajoitusten myötä.³¹⁹ Sodan jälkeisinä ruuhkan vuosina seula tiedekuntaan oli kuitenkin erityisen tiukka. Suuren yleisön silmissä *numerus clausus* alkoi vaikuttaa haitalliselta, sillä sen katsottiin ylläpitävän lääkäripulaa. Samalla voimistui ajatus, että ammattikunta itse pyrki rajoittamaan lääkärimäärää taloudellisten etujen säilyttämiseksi. Suomen Lääkäriliiton puheenjohtaja, professori William Kerppola summasi vuoden 1947 yleistä kokousta avatessaan, että julkisuudessa lääkäreitä syytettiin itsekkyydestä, liian korkeista taloudellisista vaatimuksista ja lääkäripulan ylläpitämisestä.³²⁰ Professori, vuodesta 1954 lääkintöhallituksen pääjohtaja Niilo Pesonen on muistelmissaan todennut, että 1950-luvun alussa osa tiedekunnan professoreista vastustikin jyrkästi opiskelijamäärän lisäämistä, sillä he katsoivat senhetkisen tilanteen vastaavan maan lääkäritarvetta. Tultuaan lääkintöhallituksen pääjohtajaksi Pesonen kiinnitti huomionsa ”katastrofaaliseen” lääkäripulaan. Pesosen aloitteesta ja hänen johdolla asetettiin valtion komitea tutkimaan mahdollisuuksia lisätä koulutusta.³²¹ Komitean ehdotuksesta nostettiin Helsingin lääketieteellisessä tiedekunnassa lukukausittaista opiskelijamäärää 50:stä 60:een ja Turussa 25:stä 30:een syksyllä 1955.³²² Helsingin osalta lääkärien lukumäärää selvittelyt komitea katsoi kuitenkin, ettei opiskelijamäärää voitaisi enempää lisätä ilman, että opinto-ohjelmaa uudistettaisiin ja opettajamäärää lisättäisiin.³²³

316 Kärävä Risto: Kierreportaat takaikkuna. *Medisiinari* 7/1959, 16–23.

317 Turun palsta. *Medisiinari* 5/1961, 45–46; TLKS. *Medisiinari* 4/1962, 50–51.

318 Candidatus Cachecticus, pakina: *Medisiinarin* meditatiota. *Medisiinari* 3/1946, 16–17; Alkukarsinnan ankaruudesta myös esim. lääket. tdk ptk 31.5.1949 (16\$) liitteeseen, HYKA.

319 Esim. Kake II, pakina: Tähtikuponkeja. *Medisiinari* 4/1943, 11–13 ja *Medisiinari* 2/1944, 12–14.

320 Lääkäriliiton XVII yleisen kokouksen ptk 20.–21.9.1947. SLL 22/1947, 664–672.

321 Pesonen 1973, 24–27; Myös Tiitta 2009, 329.

322 Lääket. tdk ptk 14.12.1954 (10\$), 29.3.1955 (38\$), 31.5.1955 (18\$), 13.9.1955 (9\$), 27.9.1955 (61\$) liitteeseen, HYKA; Tarmio 1993, 133.

323 Konsistorille jätetty ehdotus uudeksi opinto-ohjelmaksi, liitteenä lääket. tdk ptk 17.1.1961 (81\$), HYKA; Myös Heinonen Olli: Uusi opetus. *Medisiinari* 3/1961, 10–18.

Määrän sijasta lääkärikunnassa pohdittiin sisään otettujen ylioppilaiden laatua. Keskustelua suuntasi näkemys sodanjälkeisestä ”materialistisesta” elämäkatsomuksesta, jonka katsottiin syrjäyttäneen aatteellisen ja eettisen pohdinnan lääkärikunnassa. Huomio oli suunnattu taloudelliseen edunvalvontaan ja puhtaisiin ammatiasioihin.³²⁴ Ajan hengen arvioitiin vaikuttaneen opiskelijoihin siten, että lääkärin uralle hakeuduttiin ensisijaisesti taloudellisista syistä aatteen eli kutsumuksen sijaan. Tätä vahvisti käsitys siitä, että sisäänpääsyrajoitusten myötä kilpailumentali-teetti oli yleistynyt. Vuoden 1957 LKS:n puheenjohtaja Jaakko Perheentupa kuvasi tätä termillä ”karsintakurssihenki”: se oli kollegiaalisuuden vastaista ylimielisyyttä toisia medisiinareita kohtaan, itsestä oman edun tavoittelua.³²⁵ Vanhemman sukupolven lääkäri Harry Lauritsalo arvioi vuonna 1960 *Lääkärilehdessä*, että kun matemaattista osaamista korostanut *numerus clausus* oli astunut voimaan sodan jälkeen, oli syntynyt ”täysin uusi elämäkatsomus – ’make-money’-mentali-teetti”. Lauritsalon mukaan kilpailu lääketieteellisessä tiedekunnassa johti niin intensiiviseen opiskeluun, etteivät medisiinarit ehtineet hankkia yleissivistystä.³²⁶

Epäilemättä kilpailua paikasta tiedekunnassa todella oli, sillä sodan jälkeen uusia ylioppilaita otettiin sisään vähän. Toisaalta tiedekunnan mukaan vuosina 1948–1954 pääsi sisään 33 prosenttia karsintakurssien osallistujista, mutta koska monet pyrkivät kaksi kertaa, 61 prosentin arvioitiin lopulta päässeen tiedekuntaan.³²⁷ Kilpailu tuotti valmentautumisilmiötä: ylioppilaat opiskelivat karsintakurssija varten joko yksityisesti tai seuraamalla luentoja kirjoittautumatta yliopistoon. Karsintakurssien ympärille syntyneitä yksityistä opetusta ja valmennusta pidettiin ”epäterveenä liiketoimintana”, joka luultavasti lisäsi järjestelmän negatiivista ja materialistista julkisuuskuva. Valmentautumiseen kiinnittivät huomiota sekä tiedekunta että medisiinarit. Vuonna 1954 LKS kielsi tiedekunnan toiveesta jäseniltään valmennuskurssien järjestämisen seurasta erottamisen uhalla. Tämä olikin ehkä ainoa tehokas tapa puuttua preppaukseen, sillä kuten tiedekunta totesi, valmennustoimintaa oli mahdotonta täysin estää.³²⁸ Toisaalta preppausta voi pitää jälleen yhtenä tapana tuoda opintoihin liittynyttä hiljaista tietoa näkyväksi. Erityisesti siitä saattoi olla hyötyä niille, joilla ei ollut mahdollista saada perheen tai muun lähipiirin ohjausta lääketieteen opintojen pariin.

Matti Klinge on todennut, että *numerus clausus* -ajattelu tuli yliopistoon ”melko vaivihkaa ja poikkeusajan olojen merkeissä”. Koska vuosina 1945–1946 säädetyt sisäänpääsyrajoitukset johtuivat lähinnä käytännön syistä, ajatus yliopistollisen opiskelun vapaudesta jäi elämään. Esimerkiksi konsistorin asettaman *numerus clausus*

324 Palmén 1956, 38–39.

325 Puheenjohtajan sana. Medisiinari 1/1957, 42–43; Myös R-o: Purnausta. Medisiinari 8/1955, 36.

326 Lauritsalo Harry: Lääkäri tämän päivän valokeilassa. SLL 21/1960, 1144–1152.

327 Luku selviää sisäänpääsymääräyksien muuttamista harkitsemaan asetetun toimikunnan mietinnöstä, liitteinä lääket. tdk ptk 12.10.1954 (10\$), HYKA.

328 Lääket. tdk ptk 29.1.1952 (10\$), 12.2.1952 (11\$), 12.10.1954 (10\$) liitteineen, HYKA; Mikko Repolainen: Numerus Clausus. Medisiinari 7/1953, 14; Kerppola William: Opiskelijoiden valitsemisesta lääketieteelliseen tiedekuntaan. Medisiinari 3/1954, 7–8; Pääkirjoitus: Yksityisyritteliäisyyttä. Medisiinari 4/1954, 6; J. H.: Tullineuvosta tapaamassa. Medisiinari 6/1954, 19–21; LKS:n vuosikertomus 1954. Medisiinari 3/1955, 22–26.

-komitean vuoden 1947 mietinnössä viitattiin mahdollisuuteen poistaa sisäänpääsyrajoitukset tilanteen niin salliessa. Aikakauden humanistispainotteinen sivistyskäsitys ilmeni komitean lausunnossa, jonka mukaan historiallis-kielitieteellinen osasto ja teologinen tiedekunta oli pidettävä avoimina, koska niiden antama opetus erityisesti vastasi kansalaisten sivistystarpeisiin.³²⁹ Kuitenkin myös lääketieteellisen tiedekunnan kohdalla jäi elämään ajatus siitä, että *numerus clausus* olisi poistettavissa – ja tämä käsitys esiintyi toisinaan julkisuudessaakin.³³⁰

Oliko medisiinarien mentaliteetti muuttunut, ja missä määrin *numerus clausus* liittyi siihen? Käyty keskustelu ilmentää ensi sijassa lääkärikunnan eri sukupolvien välisiä jännitteitä, jotka kumpusivat sodan jälkeisistä poliittisen ilmapiirin, sivistyneistön aseman ja lääkärin työn muutoksista. Nuorten lääkärin järjestäytyminen ja ammatillisen edunvalvonnan linja lietsoi sukupolviasetelmaa. Lääkäriliiton keskittyminen taloudelliseen edunvalvontaan loi kuvaa ammatin materialistisista painotuksista, joka haastoi perinteisen käsityksen lääkärin altruistisesta roolista. Lääkärikunnassa koettiin ammatin julkisuuskuva huonontuneen entisiin aikoihin verrattuna.³³¹ Sosiologi Pertti Alasuutari on todennut, että 1940–1950-luvuilla sosiaali- ja terveydenhuoltoalalla vallitsi muutenkin diskurssi, jossa viitattiin toistuvasti ”yleviin, altruistisiin periaatteisiin työn ja ammatin moraalisen perustana”.³³² Yleinen ilmapiiri, Lääkäriliiton linja, ammattikunnan julkisuuskuva, tiedekuntaan pääsyyn liittynyt kilpailu sekä tiivis ja intensiivinen opiskelutahti epäilemättä vaikuttivat tulevien lääkärin identiteettiin. Kuitenkin osa *numerus clausuksen* ja medisiinarien aatteettomuuden kritiikistä juontui siitä, että vanhojen traditioiden pelättiin olevan murtumassa – vanhemman sukupolven huoli kanavoitui lääkärikoulutukseen kohdistuneena arvosteluna.

Keskustelun lääketieteelliseen tiedekuntaan pyrkivien motiiveista avasi *Medisiinari*-lehdessä vuonna 1953 LKT, dosentti Risto Pätäälä, joka toimi lääkintöhallituksen epidemiologina.³³³ Tiedekuntaan hakeutumisen motiivina vaikutti monella olevan raha – pyrkimys päästä hyvätuloiseen ammattiin. Pätäälä arvosteli medisiinareita ahneudesta, joka ilmeni valituksina työpaikkojen puutteesta ja palkan pienyydestä. Hänen mukaansa lääkärin palkat olivat riittävät, ja yhteiskunta takasi toimeentulon tarjoamalla riittävästi työmahdollisuuksia. Pätäälä halusi muistuttaa tulevia lääkäreitä ihmisrakkauden ja kutsumuksen merkityksestä viittaamalla ”suuren lääkärin”, professori Gösta Beckerin sanoihin: ”*Lääkärin ammatti on tieteen, taiteen ja ihmisrakkauden yhteistyön tulos.*”³³⁴

329 Klinge 1990, 169–170; Strömberg 1990, 547–548.

330 Esim. Muut lehdet-palsta: ”Lääkäripula”. *Iltasanomat* 4.5.1953. SLL 11/1953, 505–506; Pesonen Niilo: Lääkärikoulutuksemme puntarissa. *Medisiinari* 3/1954, 8–13; Lääkäreitä vai liikemiehiä. *Uudessa Kuva-lehdessä* 27.5.1960 olleet kirjoitukset sekä Juhani Kirpilän vastine niille. SLL 18/1960, 1009–1018; Rivien välistä tähän viitataan mm. teksteissä Kantero Ilmari: Kutsumus – ”kutsumus”. *Medisiinari* 9/1953, 6–7 ja Kuukauden kasvot. *Medisiinari* 8/1953, 14–15.

331 Esim. Klemola J. K., mielipidekirjoitus. SLL 9/1954, 680–684; Lauritsalo Harry: Lääkäri tämän päivän valokeilassa. SLL 21/1960, 1144–1152.

332 Alasuutari 1996, 125.

333 Pätäälästä tuli vuonna 1956 lääkintöhallituksen terveydenhoito-osaston lääkintöneuvos.

334 Pätäälä Risto: Vakavia sanoja kutsumuksesta. *Medisiinari* 7/1953, 6–7; Pätäälä palasi asiaan lääkintöneuvoksena vuonna 1961, jolloin hän toi esille näkemyksensä, että lääketieteellisen tiedekunnan sisäänpää-

Kirjoituksen herättämät reaktiot ja siitä alkanut keskustelu karsintajärjestelmästä osoittivat Pätäälän osuneen herkkään kysymykseen. Nuori sukupolvi joutui puolustuskannalle, jossa syytöksiin vastattiin vetoamalla raskaisiin opintoihin ja velkaantumiseen.³³⁵ *Lääkärilehdessä* julkaistiin pian Pätäälän kirjoituksen jälkeen Nuorten Lääkärien Yhdistyksen palstalla pakina ”Kaljupäinen kutsumuslääkärinä”, jonka oli kirjoittanut entinen *Medisiinari*-lehden pakinoitsija, nyt jo valmistunut Karri Korkeala. Pakinassa maaseudun kunnanlääkärin potilas lähti etsimään ihmelläkkeitä määräävää lääkäriä kaupungista ja jätti kunnanlääkärin pohtimaan tulevaisuuttaan sen keskustelun valossa, jota *Medisiinarissa* käytiin lääkäripulasta ja kutsumuksesta. NLY:n ja kandidaattiseurojen linjaan sopi, että pakinassa tuotiin esille kunnanlääkärin köyhyyttä, kurjuutta ja kilpailua potilaista.³³⁶ Saman asian toi esille LKS-aktiivi Ilmari Kantero vastineessaan Pätäälälle. Kantero korosti, että kutsumus ja lääkärin etiikka sekä taloudellinen toimeentulo eivät olleet vastakkaisia. Kun yhteiskunta ei taannut lääkäreille riittävää palkkaa, oli kohtuullista ajaa parannuksia. Kantero muistutti, etteivät lääketieteen opinnot suinkaan olleet nopea tie rahaan.³³⁷

Kutsumuksesta käyty keskustelu oli samantapainen puolustusreaktio akateemisesti koulutettujen kokemukseen asemaansa kohdistuneesta uhasta kuin ”fakki-idiotismin” vastainen taistelu. Huoli kohdistui nuorten materialismiin ja aatteetomuuteen, ja koko ammattikunnan velvollisuudeksi nähtiin etsiä keinoja puuttua epätoivottuun kehitykseen. Kun pohdittiin opiskelijoiden motiiveja hakeutua alalle, keskustelu kääntyi nopeasti sen arviointiin, mittasiko karsintajärjestelmä oikeita asioita. Osin tiedekunnassa ja etenkin lääkärikunnassa laajemmin kiinnitettiin huomiota siihen, että valintakokeissa mitattiin lähinnä teoreettista osaamista ja matemaattista lahjakkuutta, ei tulevien lääkärin sopivuutta alalle.³³⁸ Asiaan oli puuttunut lääkintöhallitus jo vuonna 1948 kirjelmässään yliopiston kanslerille toisen asian yhteydessä. Kirjeessä huomautettiin, että älylliset ominaisuudet ratkaisivat maan tulevat lääkärit. Tällöin sivuutettiin hakijoiden muut edellytykset toimia tehtävässä, joka vaati ”*käytännöllistä, sosiaalista näkemystä, herkkää inhimillisyyttä*” sekä ”*nöyrää ja vaatimatonta muiden hyväksi ubrautuvaa luonnetta*”. Lääkintöhallitus viittasi ulkomailla valintojen yhteydessä käytettyihin psykologisiin kokeisiin.³³⁹ Tällaiset kokeet olivat yleisesti käytössä amerikkalaisissa lääkärikouluissa, ja Ruotsissa niitä

syprosessissa ei näkynyt jälkeäkään kutsumuksesta eikä ihmisrakkaudesta, vaan pyrkijöiden motiivina oli raha ja pyrkimyksenä nopea opiskelu. Ks. Haunia Aarre: Miten lääkäripulasta päästäisiin. Uudessa Kuvalehdessä 27.5.1960 olleet kirjoitukset sekä Juhani Kirpilän vastine niille. SLL 18/1960, 1009–1018.

335 Tämä kuva oli luotu jo 1930-luvulla. Ks. luku II.1 (Kodin...).

336 Pakina, Nuorten Lääkärien Yhdistyksen palsta: Kaljupäinen kutsumuslääkärinä. SLL 11/1953, 1255–1260. Pakinassa viitattiin suoraan Pätäälän kirjoitukseen *Medisiinarissa*.

337 Kantero Ilmari: Kutsumus – ”kutsumus”. *Medisiinari* 9/1953, 6–7.

338 Kuukauden kasvot. *Medisiinari* 8/1953, 14–15; M. J. Mustakallion kirjoitus. *Medisiinari* 9/1953, 6; Vanha maaseutukollega, mielipidekirjoitus: Sedän mietteitä. *Medisiinari* 9/1953, 30–31 ja *Medisiinari* 5/1954, 33; Toimikunnan mietintö liitteenä lääket. tdk ptk 12.10.1954 (10\$), HYKA; Pääkirjoitus: Leivottiin lääkäri. SLL 21/1956, 1081–1082.

339 Lääkintöhallituksen kirje liitteenä lääket. tdk ptk 8.3.1948 (6\$), HYKA.

ainakin testattiin.³⁴⁰ Myös professori Niilo Pesonen perehtyi psykologisiin testeihin Yhdysvaltojen matkallaan vuonna 1953. Pesonen kuitenkin piti kyseenalaisena niiden sopivuutta valintamenetelmäksi ja kannatti järjestelmän kehittämistä siten, että kurssien sijaan järjestettäisiin valintakuulustelut oppikirjojen pohjalta tai että opiskelijat valittaisiin pelkkien koulutodistusten perusteella.³⁴¹ Karsintakursseja taas puolusti professori William Kerppola, joka huomautti, ettei mitään kaikille lääkäreille yhteisiä hyviä taipumuksia ollut ja että tällaisten ominaisuuksien mittaaminen olisi mahdotonta.³⁴²

Sisäänpääsyä lääketieteellisiin opinahjoihin käsiteltiin myös vuonna 1953 ensimmäisessä lääketieteen koulutuksen maailmankonferenssissa.³⁴³ Tilaisuuden puheenjohtaja, Sir Lionel Whitby luonnehti seminaarin avauspuheenvuorossaan ihanteellista medisiinaria: *”Ei ole vaikeata luonnostella ideaalia kuvaa lääketieteen opiskelijasta; sivistynyt, laajasti koulutettu myös humanistisissa tieteissä, älykäs ja intellektuelli, läpikotaisin suoraselkäinen, humaani ja sympaattinen sekä ennen kaikkea sellainen, joka rakastaa ammattiaan ja lähimmäisiään sekä heidän kaikkia heikkouksiaan, ilojaan ja surujaan.”*³⁴⁴ Näin Whitby painotti kutsumuksen merkitystä uralle hakeutumisessa. Keskeisessä roolissa oli myös lääketieteellisten tiedekuntien ja korkeakoulujen opiskelijavalinta ja kouluopetuksen korkea taso.³⁴⁵ Sisäänpääsyvaatimuksia pohtineen session loppupäätelmä oli, että lääkärin tuli olla ennen kaikkea laajasti sivistynyt, myös humanistisissa oppiaineissa. Koska kansainvälisesti tarkasteltuna opiskelijavalinnassa oli runsaasti erilaisia menetelmiä, mikään yksittäinen tapa ei noussut kongressissa muita suositellummaksi.³⁴⁶

Vuoden 1954 alussa lääketieteellinen tiedekunta asetti toimikunnan harkitsemaan karsinnan muuttamista.³⁴⁷ Toimikunnan mietintö käsitteli eri tahoilla esitettyjä muutosvaatimuksia kiinnittäen huomiota erityisesti siihen, että kaksi kertaa vuodessa järjestettävät kurssit aiheuttivat liikaa kustannuksia, että arvostelulautakuntaan ei kuulunut lääketieteellisen tiedekunnan edustajia ja että vaatimukset olivat ankarat, jolloin yksi opettaja saattoi estää ylioppilaan sisäänpääsyn. Niilo Pesonen sanoi tämän suoraan LKS:n vuosikokouksessa 1954 pitämässään esitelmässä:

340 Thorax-palsta: Medicinare testade i Sverige. Medisiinari 3/1950, 38–40; Sihteerin palsta. Medisiinari 7/1953, 26–27; Albee George W.: Psykologisista karsintatesteistä. Medisiinari 5/1954, 6–8; Vanha maa-seutukollega, mielipidekirjoitus: Sedän mietteitä. Medisiinari 5/1954, 33; Oksala Ohto: Psykologinen soveltuvuustutkimus medisiinariaineiden valinnassa. Medisiinari 8/1954, 10–14.

341 Sihteerin palsta. Medisiinari 7/1953, 26–27; Kuukauden kasvot. Medisiinari 8/1953, 14–15; Pesonen Niilo: Lääkärikoulutuksemme puntarissa. Medisiinari 3/1954, 8–13; Lääket. tdk ptk 26.1.1954 (20§) liitteineen, HYKA.

342 Kerppola William: Opiskelijoiden valitsemisesta lääketieteelliseen tiedekuntaan. Medisiinari 3/1954, 7–8.

343 First World Conference on Medical Education (Programme of section sessions). BMJ July 4, 1953, 33–34.

344 Alkuperäinen englanninkielinen teksti: ”It is not difficult to draw a brief pen-picture of the ideal medical student; cultured, broadly educated in the humanities, intelligent and intellectual, of transparent integrity, humane and sympathetic, and, above all, one who will love his profession as well as his fellow men and all their weaknesses, their joys, and their sorrows.”, käännös SA.

345 Whitby, Lionel: The Challenge to Medical Education in the second half of the twentieth century. First World Conference on Medical Education. President’s Address. BMJ Aug. 29, 1953, 451–454.

346 First World Conference on Medical Education. Closing Plenary Sessions. BMJ Sept. 12, 1953, 615–627.

347 Lääket. tdk ptk 26.1.1954 (19§), HYKA.

”-- kemian opettaja tällä hetkellä määrää, kenestä tulee lääkäri, kenestä ei”³⁴⁸. Tiedekunnan mukaan myös preppaus oli yleistynyt. Toimikunnan esityksen mukaisesti tiedekunta päätti, että karsintakurssit järjestettäisiin jatkossa vain kesäisin, jolloin valittaisiin sekä syksyllä että keväällä aloittavat ylioppilaat. Lisäksi kemian kuulumista pyrittiin muuttamaan korkeiden reputusmäärien vuoksi.³⁴⁹ Asetusmuutoksen myötä uusi järjestelmä astui voimaan kesällä 1955.³⁵⁰ Jälleen kerran tiedekunnassa käytiin läpi sitä, että matemaattis-luonnontieteellisen osaston opettajilla oli valta ratkaista sisäänpääsy. Kemia oli vanhaan tapaan pullonkaula, jonka korkeita vaatimuksia perusteltiin yhä lukio-opetuksen heikolla tasolla.

Tiedekunnan prosessi sivuutti sisäänpääsyvaatimusten sisällöllisen muuttamisen, mutta juuri tähän kiinnittivät eniten huomiota sekä kandidaatit että valmistuneet lääkärit. Pääsykokeiden sisällöstä keskusteltiin vuosina 1953–1957 runsaasti *Mediisiinarin* palstoilla.³⁵¹ Vanhempi polvi muistutti potilassuhteen keskeisyydestä lääkärin työssä; kun sisäänpääsykuulustelut mittasivat yksipuolisesti luonnontieteellistä lahjakkuutta, sopivimmat eivät välttämättä päätyneet ammattiin. Keskustelussa määriteltiin lääkärin ideaalikuva. Vanhempi sukupolvi muisteli usein nostalgiseen tyyliin oman opiskeluajankansa professoreita, jotka olivat olleet todellisia lääkärin esikuvia. Esimerkiksi nimimerkki ”Vanha maaseutukollega” nosti esille oppi-isänsä professori Gösta Beckerin ja Ali Krogiuksen, joilla oli ollut ”isällinen ja sydämellinen tapa suhtautua potilaihinsa, -- ihmistuntemusta ja tosi inhimillisyyttä”.³⁵² Sakari T. viittasi myös Beckeriin sekä lääkintöneuvos Herman Lavoniukseen, jotka olivat korostaneet ihmisrakkautta ja uhrautumista sekä omanneet ”hyvää psykologista silmää”.³⁵³ Näitä esimerkkihenkilöitä voi pitää lääkärikunnan vanhemman sukupolven ”sankareina”, ihannekuvina, joiden perinnöstä myös nuoremman sukupolven tuli heidän mielestään oppia.³⁵⁴

348 Pesonen Niilo: Lääkärikoulutuksemme puntarissa. *Mediisiinari* 3/1954, 8–13.

349 Toimikunnan mietintö liitteinä lääket. tdk ptk 12.10.1954 (10§), HYKA; Toimikunnan esityksissä oli Kerppolan esille tuomia ajatuksia, vrt. Kerppola William: Opiskelijoiden valitsemisesta lääketieteelliseen tiedekuntaan. *Mediisiinari* 3/1954, 7–8.

350 Lääket. tdk ptk 1.3.1955 (26§), HYKA; Tiedekunta laati tämän jälkeen uudet perusteet opiskelijoiden valinnalle. Niiden mukaan kevätlukukauden aluksi voitaisiin tarvittaessa järjestää erityinen sisäänpääsykuulustelu edellisille karsintakursseille osallistuneille sekä niille, jotka olivat opiskelleet syksyn ajan kemiaa ja fysiikkaa matemaattis-luonnontieteellisessä osastossa. Samalla päätettiin asevelvollisuuden suorittaneille antaa kaksi lisäpistettä. Ks. lääket. tdk ptk 15.3.1955 (10§) liitteeseen, HYKA.

351 Mm. Oksala Ohto: Psykologinen soveltuvuustutkimus mediisiinariaineksen valinnassa. *Mediisiinari* 8/1954, 10–14; Oksala Ohto: Keskustelua mediisiinariaineksen valinnasta. *Mediisiinari* 4/1955, 29–32; Kaila Kauko, mielipidekirjoitus: Loppusanat keskusteluun mediisiinariaineksen valinnasta. *Mediisiinari* 5/1955, 34–35; Vanha maaseutulääkäri, mielipidekirjoitus: Mietteitä tiedekuntaan pyrkivien karsintakursseista. *Mediisiinari* 5/1957, 47–48.

352 Vanha maaseutukollega, mielipidekirjoitus: Sedän mietteitä. *Mediisiinari* 9/1953, 30–31 ja *Mediisiinari* 5/1954, 33; Beckerin esikuvallisuudesta myös esim. Palmén 1980, 158.

353 Sakari T., mielipidekirjoitus: Numerus clausus eli mietelmiä matkan jälkeen. *Mediisiinari* 7/1956, 17; Sakari T., mielipidekirjoitus: Numerus clausus. *Mediisiinari* 2/1957, 42–43; Kunnanlääkäri Teddy Biau-det nosti esille seuraavat esikuvat: J.W. Runeberg, Fredrik Saltzman, Ali Krogius, Ossian Schauman, Wilhelm Pipping ja J. J. Karvonen, ks. Prof. Järven puheen pohjalta käyty keskustelu. SLL 10/1959, 460–463.

354 Tradition sankareista ks. Rolf 1995, 133.

Ehdotukset pääsykokeiden kehittämisestä vaihtelivat. ”Vanha maaseutukollega” ehdotti niihin lisättäväksi jonkun humanistisen aineen ja psykologiset kokeet. Lääket. lis., psykiatrian klinikalla työskennellyt Kauko Kaila kannatti psykologisten kokeiden sijaan haastatteluja soveltuvuuden mittaamisessa. Kailan ideaali oli, ettei lääkäreinä toimisi *”moraaliltaan tai vastuuntuntonaan heikkoja tai epäluotettavia, liian kovia ja liikemiesmäisiä, liian arkoja tai herkkiä, omalta mielentasaapainoltaan peräti heikkoja jne.”*³⁵⁵ Lääket. lis. Toivo Pihkanen huomautti eri erikoisaloilla tarvittavan niin erilaisia ominaisuuksia, että oli mahdotonta luoda yleisesti pätevää kuvaa lääkärin ihanteellisesta persoonallisuudesta.³⁵⁶ Sakari T. syytti karsintajärjestelmää siitä, että osa opiskelijoista suhtautui sairaaseen ihmiseen kuin vialliseen koneeseen.³⁵⁷ Hänelle vastasi sodanjälkeisen järjestelmän kasvatti, ”kaljupäinen kandidaatti” Karri Korkeala: matemaattinen lahjakkuus kertoi loogisesta ajattelusta ja myös matemaattisesti lahjakas saattoi käsitellä potilasta ihmisenä.³⁵⁸ Vallitseva järjestelmä sai kuitenkin tukea vuonna 1956 hygienian laitoksella suoritetusta erikoistyöstä, jossa todettiin, että karsintakurssit antoivat hyvän ennusteen menestyksestä opinnoissa. Sen sijaan koulu- ja ylioppilastodistusten korrelaatio tutkintoihin nähden oli heikko. Tutkimuksen tekijät totesivat, että karsintajärjestelmä tuotti varsin yhtenäisen opiskelija-aineksen, ja erot kandidaattitutkinnossa tasaantuivat lisensiaattitutkintoon mennessä.³⁵⁹

Lääkärin uralle hakeutumiseen alkoivat vaikuttaa uudenlaiset seikat: populaarikulttuurin käsitykset ammatista, joita välittivät lehdistö, kirjallisuus ja elokuvat. Myöhemmin niiden rinnalle tulivat vielä televisiosarjat³⁶⁰. 1950-luvulla ilmestyi useita suosittuja lääkäriromaaneja. Esimerkiksi englantilaisen Richard Gordonin opiskeluaikaa kuvanneesta kirjasta *Leivottiin lääkäri* tehtiin myös elokuva.³⁶¹ *Lääkärilehden* pääkirjoituksessa pohdittiin ammatinvalinnan taustoja: *”Lääkäriromaanien ruokkimat romanttiset kuvitelmat ja esim. jonkun muutaman viikon suuressa kunnassa sijaisena toimineen lääkärialun kehuskeluun ja liioitteluun perustuvat taloudelliset spekulatiot ovat ilmeisesti johtaneet monen alalle antautuneen pahasti harhaan.”* Aiemmin käsitys lääkärintoimesta oli levinnyt perheissä, suvuissa ja niiden verkostoissa sekä ylioppilaiden toveripiireissä, mutta nyt tarvittiin moderneja keinoja, ammatinvalinnan ohjausta. Lääkärikunnan oli aktivoiduttava jakamaan

355 Kaila Kauko, mielipidekirjoitus: Lääkärinvalinnasta. *Medisiinari* 2/1955, 33–36.

356 Pihkanen Toivo, mielipidekirjoitus: Lääkärin valinnasta. *Medisiinari* 4/1955, 32–34.

357 Sakari T., mielipidekirjoitus: Numerus clausus eli mietelmiä matkan jälkeen. *Medisiinari* 7/1956, 17; Sakari T., mielipidekirjoitus: Numerus clausus. *Medisiinari* 2/1957, 42–43.

358 Korkeala Karri, mielipidekirjoitus: Numerus clausus ja matemaattinen lahjakkuus. *Medisiinari* 9/1956, 23–24.

359 Finell Bo ja Holmström Reijo: Karsintakurssi medisiinارينmenestyksen ennusteena erään tilaston valossa. *Medisiinari* 5/1956, 13–20; Myös Pääkirjoitus: *Leivottiin lääkäri*. SLL 21/1956, 1081–1082; Toisessa tutkimuksessa tiedekuntaan pyrkijöiden taustasta suositeltiin psykologisten testien liittämistä valintaan, jotta voitaisiin paremmin huomioida eri aloja ja niiden vaatimuksia. Ks. Havanto Marjatta ja Lindholm Sam: Pyrkijöiden taustaa. *Medisiinari* 2/1957, 38–41.

360 Esim. Keränen 1980, 148.

361 J. Klä (Juhani Kirpilä): *Leivottiin lääkäri*. *Medisiinari* 5/1955, 51; Kirja tosin edustaa tyypillistä ”ihanteet ja todellisuus”-tematiikkaa, jossa kutsumus ja inhimillisyys eivät varsinaisesti korostuneet, ks. Gordon 1954; Elokuvien lääkärikuvasta myös Tervasmäki Jaakko: Elokuvan lääkärit – aikamme sankarit. *Medisiinari* 9/1964, 36–43.

pätevää tietoa ammatissa vaadittavista ominaisuuksista ja luonteesta sekä opiskelusta ja sen kustannuksista.³⁶²

Vuosina 1953 ja 1956 ilmestyi Akavan toimittama ammatinvalintaopas *Akateemiset urat*, jonka lääkärikoulutusta koskevan osion asiantuntijanaan toimi lääkintöneuvos Leo Kaprio. Oppaassa luonnehdittiin lääkäriltä vaadittavia ominaisuuksia perinteiseen tyyliin: *”Hyvältä lääkäriltä näet vaaditaan runsaasti tietoja, kutsumusta ja taiteilijamaista innoitusta sekä lisäksi kätevyyttä teknilliseen taituruuteen saakka.”* Tärkeintä oli, että medisiinari olisi ”henkisesti tasapainoinen yksilö”, sillä työssä oli kyettävä toimimaan myös rasittuneena, oli pystyttävä ottamaan vastuuta ja olemaan ottamatta potilaiden kokemuksia henkilökohtaisesti. Idealistisena voi pitää käsitystä, jonka mukaan lääkärin ammatti saattoi *”henkilökohtaisesti antaa elämälle sisältöä ja väriä enemmän kuin moni muu ammatti”*.³⁶³ Myös Lääkäriliitto julkaisi vuonna 1963 lääketieteen opiskelua ja lääkärin uraa käsitelleen vihkosen, joka oli tarkoitettu jaettavaksi oppikouluissa.³⁶⁴

Sivistys vai ammattitaito potilassuhteen pohjana? Terapian murros ja aatteellisuuden uudelleenmäärittely

*”Vaikuttaa siltä, että medisiinarin ideaalin tänä päivänä koostuu siitä, että hän on suorittanut niin ja niin monta tenttiä ja että hänellä on ollut maksimimäärä viransijaisuuksia lyhyimmässä mahdollisessa ajassa. -- Ihmissuhteiden luominen, ystävyyden löytäminen hyvän viinin ääressä tai poliittisessa debatissa, seuralämän saloihin perehtyminen, onko se vanhanaikaista? -- Ovatko huomispäivän lääkärit taitavia ammattimiehiä, eivät mitään muuta?”*³⁶⁵

Näin kirjoitti vuonna 1957 *Medisiinari*-lehdessä nimimerkki ”Farfar”, jonka mukaan medisiinareista oli tullut taitavia ”fakkimiehiä”, entistä paremmin ammattiinsa perehtyneitä. ”Farfarin” mielestä nuorilta lääkäreiltä kuitenkin puuttui akateeminen yleissivistys: kyky keskustella maailman tapahtumista ja solmia ystävyysuhteita oman ammattialan ulkopuolella. Kirjoittaja ei pitänyt hyvänä kehitystä, jossa hyvän lääkärin ihannetta määritti ensisijaisesti omalta alalta kerätty tietomäärä. Tärkeää lääkärille niin työssään kuin ihmisenä oli myös muun muassa kulttuurien ja kielten tuntemus.³⁶⁶ Näin ”Farfar” otti kantaa medisiinarien kasvatukseen ja puhui erityisesti humanistisen sivistysihanteen säilyttämisen puolesta. Kirjoitus hahmotteli ennen kaikkea hyvän lääkärin ideaalia ja medisiinarien identiteettiä suhteessa siihen. Päähuomio ei ollut niinkään kutsumuksessa, vaan yliopiston kasvatustehtävän

362 Pääkirjoitus: Leivottiin lääkäri. SLL 21/1956, 1081–1082.

363 Akateemiset urat 1956, 34, 44; Myös Akateemiset urat 1953.

364 Lääketieteen opiskelu ja lääkärin ura. SLL 14/1963, 825–841.

365 Alkuperäinen ruotsinkielinen teksti: ”Det förefaller som om medicinares ideal av idag bestod i att ha avlagt så och så många tenter och innehaft ett maximalt antal vikariat under kortast möjliga tid. -- Att skapa mänskliga kontakter, att finna vänskap över ett glas gott vin eller vid en politisk debatt, att vara bevandrad i sällskapslivets talanger, är detta gammalmodigt? -- Skall morgondagens läkare vara skickliga fackmän, men ingenting annat?”, käännös SA.

366 Farfar, mielipidekirjoitus: Herr redaktör. Medisiinari 7/1957, 62.

perinteessä. Kirjoitus tuo esille, että sitoutuminen ammattikunnan kulttuuriin ja etiikkaan edellytti laajaa sivistystä, jonka keskeisen osan muodostivat humanistiset harrastukset ja kiinnostus ympäröivän yhteiskunnan ilmiöihin.

Hyvän lääkärin ominaisuuksiin liitettiin kyky hyvään potilassuhteeseen, joka ei syntynyt yksin lääketieteellisistä tiedoista, diagnoosista ja lääkehoidosta. Vuonna 1956 ilmestyneessä kirjassaan *Lääkäriin etiikka* professori A. J. Palmén katsoi, että lääkärin ammatti oli kutsumusammatti ja sen valitsemisessa oli kyseessä ”aatteellinen antautuminen vaativaan tehtävään, jonka kannustavana voimana täytyy olla ihmismrakkaus ja syvällinen halu palvella muita ihmisiä”. Palménin mukaan medisiinarin kiinnostus luonnon ilmiöihin oli tärkeää, mutta niin oli myös humanististen tieteiden tuntemus ja ylipäättään monialaisuus. Edullisia ominaisuuksia olivat rohkeus, päättäväisyys, vastuuntunto, arvostelukyky ja itsekritiikki, suvaitsevaisuus ja vaatimattomuus.³⁶⁷ Etenkin vanhemman polven lääkärit nostivat esille ihanteen vaatimattomasta ja nöyrästä kutsumuslääkäristä, jolla oli kykyä eläytyä potilaiden asemaan. Hyvän potilassuhteen katsottiin vaikeutuneen sen myötä, että lääkärintoimesta oli tullut ammatti ja että lääkärin keskittyminen taloudelliseen edunvalvontaan oli kääntänyt huomion pois eettisistä kysymyksistä. Lääkäreihin oli tarttunut ”itseks ajan henki”.³⁶⁸ Tähän liittyi myös terapeutin muutos. *Medisiinari*-lehdessä nimimerkki ”Vanha maaseutukollega” arvioi, että samaan aikaan kun tutkimus- ja hoitomenetelmät olivat kehittyneet ja parantavat lääkkeet tulleet markkinoille, lääkärin suhde potilaisiin ja suureen yleisöön oli huonontunut.³⁶⁹ Julkisuudessa esitettiin näkemyksiä, että lääkäreissä oli alalle soveltumattomia henkilöitä, joilta puuttui kyky hyvään potilassuhteeseen.³⁷⁰

Näissä kirjoituksissa lääkärin ammattikuvaa määriteltiin yleislääkärin ”prototyypistä” käsin. Ihanteeksi nostettiin potilastyötä tekevä kunnanlääkäri, joka ”entisaikoina” oli ollut ”yhteiskunnassa suurta arvontoa nauttiva, sivistynyt henkilö, jota kaikki kunnioittivat”.³⁷¹ Nostalginen näkemys vanhoista perhelääkäreistä, joilla oli parempi suhde potilaisiinsa, oli toki romantisoitu kuva, mutta se oli paljon esillä 1950-luvun kirjoituksissa.³⁷² Jotain tästä kuvasta välittyi opiskelijoillekin: myös me-

367 Palmén 1956, 9–13.

368 Carpén Johannes: Vanhan kunnanlääkärin näkemys lääkärityöstä. *Medisiinari* 9/1952, 16–17; Vanha maaseutukollega, mielipidekirjoitus: Sedän mietteitä. *Medisiinari* 9/1953, 30–31; Klemola J. K., mielipidekirjoitus. *SLL* 9/1954, 680–684; Elomaa Sulo K., muistokirjoitus: Lääkintöneuvos Johannes Rafael Carpén. *SLL* 13/1954, 946–947; Hämäläinen Martti: Lääkäriammatti – kutsumus vai elinkeino? *SLL* 2/1959, 57–64; Lauritsalo Harry: Lääkäri tämän päivän valokeilassa. *SLL* 21/1960, 1144–1152; Myös Kolme vuosikymmentä. Ilkka Väänänen: 40-luku. *Medisiinari* 3/1963, 11–24; Kiinnostavaa on, että ilmeisesti sairaanhoitajakunnassa käytiin vastaavaa kutsumus vs. materialismi -keskustelua, ks. Aaltonen 1964, 107.

369 Vanha maaseutukollega, mielipidekirjoitus: Sedän mietteitä. *Medisiinari* 9/1953, 30–31 ja 5/1954, 33; Myös Hämäläinen Martti: Lääkäriammatti – kutsumus vai elinkeino? *SLL* 2/1959, 57–64.

370 Ylänkö Jussi: Asiakas on oikeassa – miltei aina... *Medisiinari* 2/1955, 52–53; Rantasalo Viljo: ”Lääkäriä ei saatu – potilas kuoli.” *SLL* 6–7/1956, 326–327; Pääkirjoitus: Rikottaanko lääkärietiikan sääntöjä? *SLL* 18/1956, 877–878; Pääkirjoitus: Malpractice (Arvoton lääkärintoimen harjoittaminen). *SLL* 1/1957, 1–2; Uudessa Kuvalehdessä 27.5.1960 olleet kirjoitukset sekä Juhani Kirpilän vastine niille. *SLL* 18/1960, 1009–1018.

371 Hämäläinen Martti: Lääkäriammatti – kutsumus vai elinkeino? *SLL* 2/1959, 57–64.

372 Pätälä Risto: Vakavia sanoja kutsumuksesta. *Medisiinari* 7/1953, 6–7; Vanha maaseutukollega, mielipidekirjoitus: Sedän mietteitä. *Medisiinari* 9/1953, 30–31 ja Sedän mietteitä II. *Medisiinari* 3/1954, 44–45;

disiinarit pitivät kunnanlääkärin tärkeinä ominaisuuksina kykyä ja halua toimia ihmisten kanssa ja katsoivat, että sosiaaliset taipumukset olivat työssä vähintään yhtä tärkeitä kuin intellektuaaliset.³⁷³ Lääkärikunnan kritiikki koulutusta kohtaan perustui ainakin osin enemmän tuntumaan kuin tietoon, sillä 1950-luvullakin tiedekunnassa oli professoreita, jotka välittivät opetuksessaan humanistisia arvoja.³⁷⁴

Kansainvälisellä tasolla kysymys sivistyksen ja ammattitaidon suhteesta nousi esille lääketieteen koulutuksen maailmankonferenssissa vuonna 1953. Lääketieteellisen tiedon kasvu ja hoitomenetelmien kehitys merkitsivät kaikille yhteisen peruskoulutuksen paisumista ja tekivät varhaisesta erikoistumisesta houkuttelevaa. Tällöin oli ratkaistava, kuinka paljon lääketieteellistä tietoa medisiinareihin voitiin ahtaa ja mikä lopulta oli koulutuksessa tärkeintä. Konferenssin puheenjohtaja sir Lionel Whitby pohti, missä määrin opiskelija oppi yksityiskohtia luennoilla ja leikkauksia seuraamalla ja oliko niistä hänelle todellista hyötyä. Olisiko hän voinut käyttää aikansa paremmin seuraamalla itsenäisesti poliklinikka- tai vastaanotto-työtä tai jopa taidegalleriassa tai jalkapallokentillä? Whitby painotti samaa teemaa, joka oli esillä suomalaisessa keskustelussa: praktikoivan lääkärin oli ymmärrettävä maailmaa, jossa potilaat elivät, sekä potilaita ihmisinä.³⁷⁵

Medisiinarien reaktio vanhemman sukupolven kritiikkiin oli kahdenlainen: puolustautuminen³⁷⁶ ja sitoutuminen ammattikunnan kulttuuriin. Kandidaatit vaikuttavat ottaneen vakavasti heihin kohdistetut syytökset. Kuten ylioppilasmaailmassa laajemminkin, erityisesti LKS:n piirissä ryhdyttiin 1950-luvulla määrittelemään medisiinareille sopivaa aatteellisuutta. Tällöin löydettiin lääkärin etiikan traditio ja kasvatustoiminnan tavoitteeksi asetettiin ammatillinen vastuuntunto, kollegiaalisuus ja eettisyys. *Medisiinari*-lehti muistutti opiskelijoita ammattikunnan periaatteista julkaisemalla muutamaan otteeseen Lääkäriliiton kollegiaalisuuslausunnon.³⁷⁷ Vuoden 1953 keskustelu kutsumuksesta ja siinä yhteydessä tehdyt viittaukset professori Gösta Beckerin perintöön saivat toimituksen julkaisemaan Beckerin virkaanastujaisesityksen vuodelta 1927, joka todettiin ”hämmästyttävän ajankohtaiseksi” – luultavasti esityksen lääkärin etiikkaa koskevan pohdinnan vuoksi.³⁷⁸ Tarvetta tradition välittämiseen kandidaateille oli, sillä harhakäsityksiä esiintyi, kuten *Medisiinarissa* vuonna 1956 todettiin: ”*Sehän [kollegiaalisuus, SA] ei*

Elomaa Sulo K., muistokirjoitus: Lääkintöneuvos Johannes Rafael Carpen. SLL 13/1954, 946–947; Kaila Kauko, mielipidekirjoitus: Lääkärinvalinnasta. *Medisiinari* 2/1955, 33–36; Ylänkö Jussi: Asiakas on oikeassa – miltei aina... *Medisiinari* 2/1955, 52–53; Härmäläinen Martti: Lääkärinammatti – kutsumus vai elinkeino? SLL 2/1959, 57–64; Myös Palmén 1956, 97.

373 Havanto Marjatta ja Lindholm Sam: Lääkärinä työskentelyn vaatimuksista ja edellytyksistä. *Medisiinari* 9/1957, 28–33.

374 Havanto Marjatta ja Lindholm Sam: Lääkärinä työskentelyn vaatimuksista ja edellytyksistä. *Medisiinari* 9/1957, 28–33.

375 Whitby Lionel: The Challenge to Medical Education in the second half of the twentieth century. First World Conference on Medical Education. President’s Address. *BMJ* Aug. 29, 1953, 451–454; Livingstone Richard: What is Education? *BMJ* Aug. 29, 1953, 454–456; Mallick S. M. K.: Medicine – a Technology or a Profession? *BMJ* Aug. 29, 1953, 461–466.

376 Ks. esim. I. Q. -57, mielipidekirjoitus: Käre farfar. *Medisiinari* 7/1957, 63.

377 Suomen Lääkäriliiton kollegiaalisuuslausunto. *Medisiinari* 1/1952, 43–44; Suomen Lääkäriliiton lausunto kollegiaalisuutta koskevista kysymyksistä. *Medisiinari* 2/1953, 18–19.

378 Becker Gösta: Lääketieteestä ja lääkirintoiminnasta. *Medisiinari* 1/1954, 6–8.

ole sitä, mitä vastaan katkeroituneet maallikot usein hyökkäävät – negatiivisten seikkojen salaamista.” Sen sijaan kollegiaalisuus oli yhtenäisyyttä, joka ylläpiti ammatikunnan arvovaltaa.³⁷⁹

Tiedekunnassa vielä 1950-luvun alussa opettanut kirurgian professori A. J. Palmén oli lääkärikunnassa etiikan korkein asiantuntija, jonka vuonna 1956 ilmestynyt kirja *Lääkärin etiikka* paikkasi pitkäaikaisen aukon alan suomenkielisessä kirjallisuudessa. Palménin mukaan lääkärin etiikka käsitteli *”lääkärin toiminnan päämääriä, niiden saavuttamiseen liittyviä velvoituksia ja näiden käytännöllistä toteuttamista*”. Eettiset periaatteet jakautuivat lääkärin velvollisuuksiin ihmiselämää eli potilasta, yhteiskuntaa ja kollegoja kohtaan. Ylimpänä ohjeena oli elämän ja terveyden aatteen palveleminen. Potilassuhteessa keskeistä oli luottamus. Lääkärin oli edistettävä sen kehittymistä käyttäytymällä oikein potilasta kohtaan: puolueetomasti, suvaitsevaisesti ja empaattisesti. Psykologinen suhtautuminen oli tärkeä, ja auktoriteettia ja inhimillistä myötätuntoa oli Palménin mukaan yhdistettävä yksilöllisesti potilaalle sopivalla tavalla. Lääkärien kollegiaalisuus oli yhteishenkeä, joka toimi potilaiden ja yhteiskunnan hyväksi.³⁸⁰ Kandidaatit nojasivat Palménin määrittelemään etiikkaan, sillä hänen kirjoituksiaan julkaistiin *Medisiinarissa* ja vuonna 1958 hänet kutsuttiin LKS:n kokoukseen esitelmöimään aiheesta.³⁸¹

Palménin *Lääkärin etiikka* edusti pitkälti samanlaista kristillispohjaista moraalila kuin Oker-Blomin kirja aikoinaan. Lääkärin suhde potilaisiin määriteltiin kutsumuksesta, asiantuntijuudesta ja auktoriteetista käsin, ja lääkäri edusti tarvittaessa myös yhteiskunnan etua. Uutta oli kuitenkin lääketieteellisen etiikan kysymysten käsittely, jonka taustalla oli kansainvälisellä tasolla toisen maailmansodan jälkeen tehty lääkärin etiikan uudelleenarviointi. Saksalaisten lääkärin osallistuminen juutalaisten joukkotuhon sekä heidän suorittamansa ihmiskokeet olivat herättäneet runsaasti huomiota ja tarvetta eettisten periaatteiden määrittelyyn. Kun aiemmin lääkärin etiikassa oli ollut kyse lähinnä toimintatavoista, huomio kiinnittyi nyt potilaan asemaan ja oikeuksiin. Maailman Lääkäriliitto (WMA) hyväksyi vuonna 1948 Geneven julistuksen eli lääkärin valan ja seuraavana vuonna Lääkärin etiikan säännöskokoelman. Eettisen koodiston tekemiselle antoi sysäyksen WMA:n raportti *”War Crimes and Medicine*”.³⁸²

Suomessakin tapahtui sodan jälkeen aatteellista uudelleenarviointia, mutta tästä ei esimerkiksi rotuhygienian saralla seurannut täydellistä suunnanmuutosta. Markku Mattila on katsonut, että rotuhygienia ja -jalostusajattelua leimannut piittaamattomuus ihmisoikeuksista säilyi kuri- ja kontrollihengen muodossa sodan jälkeen siirtyen kuitenkin enemmän politiikasta kulttuurin saralle.³⁸³ Vuonna

379 Pääkirjoitus: Kuka valvoo työtämme? Medisiinari 1/1956, 7; Myös Pääkirjoitus: Paholainen nauraa. Medisiinari 1/1957, 7.

380 Palmén 1956, 19–25, 88–96, 132–135.

381 Palmén A. J.: Lääkärien virkatoveruudesta. Medisiinari 8/1952, 10–11; Palmén A. J.: Lääkärin etiikka nykyaikaan sovellettuna. Medisiinari 2/1958, 31–37.

382 Palmén 1956, 38–43; Baker 1993, 871–873; Lääkärin etiikan kansainvälinen säännöskokoelma ja Geneven julistus. SLL 1/1956, 24–30; WMA:n historiasta ks. <http://www.wma.net/en/60about/7ohistory/index.html>, luettu 8.10.2016.

383 Mattila 2003, 124.

1950 sterilisointilakia päivitettiin ja luotiin aborttilainsäädäntö, jossa raskauden keskeyttäminen sallittiin lääketieteellisistä, lääketieteellis-sosiaalisista ja samoista eugeenisista syistä kuin sterilointi. Vaikka tuolloin sterilisointilain merkityksen arvioitiin jääneen rotuhygienian kannalta vähäiseksi ja sterilointi- ja aborttilakien tavoitteet alkoivat määrittäytyä enemmän sosiaalisesti ja taloudellisesti, ajatus rodullisesti huonompien ominaisuuksien lisääntymisen estämisestä jäi elämään.³⁸⁴ Esimerkiksi *Lääkärin etiikka* -kirjassaan vuonna 1956 A. J. Palmén käytti sellaisia käsitteitä, kuten ”*rodullisesti terveet tai hyvät ainekset*” ja katsoi, että lääkärin etiikan mukaan oli oikein ”*vastustaa rodullisesti huonojen ainesten syntymistä*”.³⁸⁵ Paradoksaaliselta vaikuttaa se, että rotuhygienisistä syistä tehtyjen sterilointien huippukausi osui Suomessa vuosiin 1956–1963, jolloin esimerkiksi muissa Pohjoismaissa määrät olivat kääntyneet laskuun. Lisäksi Suomessa tehtiin huomattava määrä abortteja rotuhygieniasyistä.³⁸⁶

Laajempi eettinen pohdinta saavutti Suomen vasta 1950-luvun jälkipuoliskolla. Aatteellisen orientaation murrosvuosi oli 1956. Lääkäriliitossa uudelleenarvioinnin aloittamiseen vaikutti kokemus lääkärikunnan julkisuus kuvan huonontumisesta, kollegiaalisuussääntöjen rikkomukset ja ammattikunnan kasvu. Toiminnan painopiste oli pitkään ollut taloudellisessa edunvalvonnassa, ”materialismissa”, jonka vastavoimana – ja oikeuttajanakin – aatteellinen pohdinta oli tärkeä. Vuoden 1956 aikana käsiteltiin kollegiaalisuutta niin *Lääkärilehdessä* kuin liiton tilaisuuksissa, ja Lääkäriliitto hyväksyi omat ”Lääkärin eettiset ohjeet”. Tarkoituksena oli koota yhteen ammattikunnan ”*jo vuosituhansien aikana tunnustamia eettillisiä velvoituksia*”. Nyt hyväksytyissä ”lääkärisäännöissä” käsiteltiin aiempaa laajemmin lääkärin suhdetta potilaisiin ja toimintaa hoitotilanteissa sekä kollegiaalisuutta. Eettiset ohjeet perustuivat kansainvälisiin esimerkkeihin, ja myös WMA:n eettiset ohjeet ja Geneven julistus käännettiin suomeksi ja ruotsiksi. Vuoden 1937 kollegiaalisuuslausunto jäi voimaan, ja ohjeet yhdistettiin myöhemmin 1960-luvun alussa.³⁸⁷ Kehitys kulki Ruotsissa osittain samoja reittejä: ensin Sveriges Läkarförbund muuttui ”herraklubista” edunvalvontajärjestöksi, ja tätä oikeutettiin muun muassa laatimalla eettiset ohjeet. Toisin kuin Suomessa Ruotsissa ei aiemmin ollut lainkaan laadittu kirjallisia ohjeita. Vuonna 1951 hyväksytty säännöstö perustui kansainvälisiin esimerkkeihin.³⁸⁸

Kandidaatit oppivat sekä potilassuhdetta että kollegiaalisuutta esimerkiksi sekä omaksumalla ammattikunnan kulttuuria hiljaisena tietona. Välittäjinä toimivat professorit opetuksessaan, vanhemmat lääkärit sairaalatyöskentelyn lomassa klinikoilla ja kesätyöpaikoilla sekä vanhemmat nuoremmille medisiinareille yhteisis-

³⁸⁴ Nyström 2010(b), 216–219; Harjula 2007, 54. Laki oli voimassa vuoteen 1970 asti.

³⁸⁵ Palmén kirjoitti, että poliittisista syistä tapahtuva rotusyrjintä ja sterilisaatio ei ollut eettisesti oikein. Palmén 1956, 63–65; Rehtori Osmo Järvi korosti vuonna 1957 rotujen tasavertaisuutta puheessaan Turun yliopiston lukuvuoden avajaisissa mutta totesi, että ”kunkin rodun, kunkin kansan on määrätyn eugeenisin toimenpitein syytä pyrkiä oman rotunsa kehittämiseen tai ainakin estämään sitä huononemasta”. Ks. Järvi 1967, 86–88.

³⁸⁶ Mattila 1999, 337–338.

³⁸⁷ Aalto 2010, 100–101.

³⁸⁸ Eklöf 2000, 232–238.

sä tapahtumissa. Sodan jälkeisinä vuosina traditionvälityksen ongelmia tuottivat kliinisten ryhmäkokojen suuruus, opettajakunnan työtaakka ja etäisyys sekä medisiinarien keskittyminen opiskeluun yhteisöllisen toiminnan sijaan. 1950-luvulla tilanne muuttui parempaan suuntaan, kun ”armeijamentaliteetti” väheni, opettajakunta uudistui ja kandidaattien yhteistoiminta alkoi kukoistaa. Opetuksessa ei kuitenkaan varsinaisesti käsitelty eettisiä kysymyksiä ja potilassuhdetta. Niiden oppimisen katsottiin edelleen perustuvan lähinnä kutsumukseen ja ”suurten lääkärien” esimerkistä oppimiseen. Lääket. kand. Reijo Norio pohti, että kandidaateilla olikin vaara sortua hoitamaan diagnoosia, jonka tekemiseen opetus painottui, ei potilasta ihmisenä. Norio katsoi, että *”hyvä lääkäri on hyvä ihmisen ja elämän tun-tija”* ja opiskeluaikana oli suuntauduttava myös kaikkeen ympärillä tapahtuvaan.³⁸⁹ Medisiinarit eivät aina toimineet ihanteiden mukaan. 1950-luvun jälkipuoliskolla *Medisiinarin* palstoilla esiintyi runsaasti itsekritiikkiä: kirjoituksissa muistutettiin opiskelijoiden vastuusta omista opinnoistaan, kurssihengestä sekä aktiivisuudesta niin kandiseurauksen toiminnassa kuin parannusehdotuksien esittämisessä opintojen osalta.³⁹⁰ Alkuvuodesta 1958 *Medisiinarin* pääkirjoituksessa suositettiin kandidaatteja epäkypsästä tavasta keskustella klinikoilla potilaista ja karkeasta huumorista, joka usein kantautui potilaidenkin korviin.³⁹¹ Tällainen itsesäätely oli osa medisiinariyhteisöjen kasvatustehtävää.

Medisiinarit pyrkivät itse reagoimaan lääkärin työn muutoksiin ja sovittamaan ne yhteen perinteisen ihannekuvan kanssa. Hyvä esimerkki tästä on lääket. kand. Jussi Ylängön kirjoitus vuodelta 1955. Ylängö pohti, että terapian kehitys oli tuonut kokemattomillekin lääkärinaluille mahdollisuuden parantaa ja poistanut näennäisesti ”inhimillisen lähentymisen tarpeen”. Samalla opetus oli kaavoittavaa ja keskittynyt diagnoosien määrittelyyn sekä lääkkeisiin perustuvaan hoitoon. *”Niinpä ollaankin menty siihen, että kun puhutaan ihmisen käsittelystä, samaistetaan se psykologian perusopetuksen järjestämisen kanssa.”*, Ylängö huomautti. Lääkkeiden kehitys ei kuitenkaan korvannut myötätuntoa ja kykyä ymmärtää potilaita.³⁹²

Ennen sotaa ja sodan jälkeen koulutettujen lääkärien välisten ristiriitojen keskeinen aiheuttaja olikin lääkärin työn ja lääketieteen muutos. Lääkärien kokemusmaailmaan vaikutti valtavasti se lääkkeiden ja tekniikan kehitys, jota on kutsuttu ”terapeuttiseksi vallankumoukseksi”. Lääkkeet ja tekniset tutkimusmenetelmät antoivat lääkäreille uusia, tehokkaita keinoja diagnosoida, hoitaa ja parantaa sairauksia. Muutokset olivat omiaan painottamaan työssä lääketieteen luonnontieteellistä ydintä ja sen osaamista. Lääkäristä tuli uudella tavalla parantaja, kun diagnooseihin saatiin tarkkuutta uusilla tutkimusmenetelmillä ja kun lääkkeillä pystyttiin parantamaan yhä useampia sellaisia tauteja, jotka aiemmin olivat olleet kohtalokkaita. Erityisesti tartuntatautien taltuttaminen antibiooteilla merkitsi suurta murrosta.

389 Norio Reijo: Puukko ja pillerikö vain. *Medisiinari* 3/1957, 9–17.

390 Esim. Pääkirjoitus: Vapaus ja vastuu. *Medisiinari* 4/1957, 7; Sihteerin palsta. *Medisiinari* 8/1957, 56 ja *Medisiinari* 3/1958, 61; Pääkirjoitus: Kypsyydestä. *Medisiinari* 1/1958, 9; Pääkirjoitus: Nurja puoli. *Medisiinari* 7/1958, 7.

391 Pääkirjoitus: Kypsyydestä. *Medisiinari* 1/1958, 9.

392 Ylängö Jussi: Asiakas on oikeassa – miltei aina... *Medisiinari* 2/1955, 52–53.

Antibioottien laajentuneen käytön lisäksi sodan jälkeen keskeisiä uusia lääkehoitoja olivat kortisoni, psykelääkkeet ja sytostaattit.³⁹³

Lääkkeiden tulo merkitsi syvällistä muutosta lääkärin työssä. Hoidon tulokset olivat suorastaan häikäiseviä, mikä merkitsi lääketeollisuuden valtavaa kasvua ja käsikauppalääkkeiden käytön lisääntymistä. Infektiolääkkeet vaikuttivat tautipainoraamaan ja kuolinsyyt muuttuivat. Pian ilmeni myös ongelmia, kuten resistenttien bakteerikantojen kehittymistä, lääkeaineallergioita sekä sivu- ja haittavaikutuksia, joita ei juuri ollut tutkittu. Lääkärien työssä uuden lääkemaailman hallinta oli haaste. Tiedon jano oli valtava, mikä näkyi jatkokoulutustapahtumissa ja lääkäriseurojen kokouksissa. Lääkärien vastuu lääkkeiden määräämisessä merkitsi myös vastuuta niiden farmakologisten ominaisuuksien tuntemisesta, allergioiden ja sivuvaikutusten tarkkailusta sekä turhan käytön välttämisestä. Oona Ilmolahti on todennut, että 1950-luvulla tilanne lääkemarkkinoilla oli villi: uusia lääkkeitä tuli markkinoille jatkuvasti ja niitä käytettiin paljon. Sivuvaikutuksia ei tunnettu, ja ne olivat toisinaan vakavia, kuten vuonna 1961 ilmennyt tapaus, jossa yleisesti raskauspahoinvointiin käytetyn talidomidin todettiin aiheuttaneen sikiövaurioita. Tämän jälkeen lääkekauppaa alettiin seurata ja lääkkeitä ja niiden sivuvaikutuksia rekisteröidä.³⁹⁴

Lääkkeiden kehitys toi uusia vaatimuksia opettajille, kuten *Medisiinarin* pääkirjoituksessa syksyllä 1957 todettiin. Kun diagnosoiva lääketiede oli muuttunut terapeutiseksi, lääkärillä oli velvollisuus hallita uudet keinot potilaan auttamiseksi. Opettajien vastuulla oli, että opetus pysyi lääketieteen kehityksen perässä.³⁹⁵ Hieinan poleemisemmin opetukseen otti kantaa päätoimittaja Jeddi Hasan: *”Kuka huolehtii toimivien lääkäreiden ammattitaidosta ja eettisistä tasosta? ’Probleematapuksia’ on jo riittävästi ja kollegiaalisuudesta on muodostunut käsite, joka välinpitämättömien käsissä saa yhä hämärämmän sisällön.”*³⁹⁶ Medisiinarit ottivat jälleen vanhaan tapaan aloitteen omiin käsiinsä virallisen opinto-ohjelman täydentäjinä. Jo vuonna 1939 LKS oli toimittanut reseptikokoelman kandidaattien avuksi *”eräiden käsikirjoitettujen ja kiertävien kokoelmien pohjalta”*.³⁹⁷ Vuonna 1952 LKS julkaisi Antti Mattilan toimittaman, laajan *Therapia Fennica* -diagnoosi- ja terapiakirjan. Sen tarkoituksena oli puolueettomana ja Suomen oloihin sopivana korvata ulkomaiset vastaavat kokoomateokset ja lääketehtaiden kalenterit. Kirjaan olivat kirjoittaneet monet tiedekunnan opettajat. Ajatuksena oli opiskelijoiden lisäksi antaa vanhemmille lääkäreille ajankohtainen kuva lääketieteestä käytännöllisestä näkökulmasta.³⁹⁸ Kirjasta tulikin käytännön lääkärin ahkerasti käyttämä käsikirja.³⁹⁹

Lääkkeiden nopean kehityksen kausi nosti lääketeollisuuden keskeiseksi asian tuntijaksi, jolla alkoi olla vaikutusta lääkärin työhön. Läketeollisuuden intressei-

393 Ilmolahti 2010, 346–349; Lääkkeiden kehityksestä laajemmin ks. esim. Weatherall 1993.

394 Ignatius 2012, 341–342; Ilmolahti 2010, 346–348.

395 Pääkirjoitus: J. P.: Opettajan vastuu. *Medisiinari* 7/1957, 7.

396 Pääkirjoitus: Paholainen nauraa. *Medisiinari* 1/1957, 7; Myös Pääkirjoitus: Opettajan vastuu, *Medisiinari* 7/1957, 7.

397 Reseptikokoelma. *Medisiinari* 2/1939, 31.

398 *Therapia Fennica* valmistuu. *Medisiinari* 7/1951, 12–14.

399 Achté 1993, 90.

hin tuli kouluttaa lääkäreitä uusien tuotteiden osalta ja samalla markkinoida omia lääkkeitään. Kiinnostus kohdistui myös medisiinareihin: lääketehaat alkoivat järjestää innokkaasti medisiinareille illanviettoja ja retkiä, joissa esiteltiin tehdasta ja sen tuotteita ja joissa tavanmukaisesti oli myös tarjoilua. Ensimmäinen maininta kandidaattien vierailusta Orionilla on tosin *Medisiinari*-lehdessä jo vuonna 1939, ja tätäkin ennen lääketehdaksiin oli käyty tutustumassa. Kyseisestä vuoden 1939 reissusta uutisoitiin jopa lehdistössä, kun poliisit olivat pysäyttäneet vierailijat kotimatalla taskuista pilkkottaneiden pullojen takia – ”*kandit ovat taas käyneet ryöstöretkellä Orionissa*”. Medisiinarit saivatkin yleensä mukaansa erilaisia näytepakkauksia.⁴⁰⁰

Orion oli alun perin perustettu suomenkieliseksi lääketehdaksi, joten oli luontevaa, että Orion piti yhteyttä Lääketieteenkandidaattiseuraan. Kun kielipoliittisella aatteellisuuksella oli ollut suuri merkitys, Orionin hallintoon osallistuminen oli nähty suomenkielisten lääkärin keskuudessa samanlaisena luottamustehtävänä kuin Duodecimin tai yhtä lailla aatteellisista syistä perustetun Instrumentariumin. Orionin pitkäaikaisena johtokunnan puheenjohtajana toimi professori Arvo Ylppö.⁴⁰¹ Lääketeollisuudella oli siis jo lähtökohtaisesti erittäin kiinteät suhteet lääkärikuntaan. 1950-luvulla lääketeollisuus loi opiskelijoihin läheiset suhteet. Yhteydenpito alkoi vuonna 1951, kun Orion kutsui kurssien isännät ja emännät sekä LKS:n johtokunnan tutustumaan tehtaaseen. *Medisiinarissa* iloittiin siitä, että Orion halusi näin lujittaa suhteitaan kandidaatteihin.⁴⁰² 1950-luvun jälkipuoliskolla retkistä eri tehtaisiin ja niiden tarjoamasta ohjelmasta tuli perinteistä, jokavuotista toimintaa kaikissa kandidaattiseuroissa. Myös suomalaismedisiinarien ollessa Ruotsissa vierailulla ohjelmassa oli usein lääketehdaseen tutustuminen.⁴⁰³ Lääketehaat avustivat medisiinareuroja myös taloudellisesti, ja niiden edustajia kutsuttiin seurojen juhliin ja tilaisuuksiin.⁴⁰⁴ Samalla sekä kandidaatteihin että valmistuneisiin lääkäreihin alkoi kohdistua laajamittainen lääkemainonta.⁴⁰⁵ Vuonna 1960 *Medisiinarissa* todettiin, että tehtaiden kaupallisuus, keskinäinen kilpailu ja siihen liittyvä mainonta tekivät lääkärin asemasta hankalan, koska heidän oli pystyttävä valtavan aineiston pohjalta ratkaisemaan käyttämänsä valmisteet.⁴⁰⁶

400 Väinö Johannes: Kun me kävimme Orionissa. *Medisiinari* 2/1939, 25–27.

401 Leikola 1993, 127–128.

402 Lääketehtas Orion Oy lujittaa suhteitaan kandidaatteihin. *Medisiinari* 5/1951, 32–33.

403 Esim. STARin vieraina Tampereella. *Medisiinari* 6/1956, 33; Thorax: I väster. *Medisiinari* 7/1956, 49–50; Sihteeri. *Medisiinari* 5/1961, 52–54; Näin toimittiin 1961. *Medisiinari* 3/1962, 30–44; Kuva lehdessä *Medisiinari* 6/1964, 45; L. K. Korhonen: Seura vietti hiljaista! elämää. *Kollega* 2/1966, 59–62; Myös Medicinarklubben Thorax 1956, 42; Turun Lääketieteenkandidaattiseura 1961, 20–21; Kalle Achté on muistellut, että kurssi pääsi ainoastaan kerran lääketieteellisuuden vieraaksi, nimittäin opintojen loputtua keväällä 1954 Orionille. Achté 1993, 168.

404 Esim. Tarkiainen Jukka: Lääketieteenkandidaattiseura viisivuotias. *Medisiinari* 1/1938, 1–2; Lääketieteenkandidaattiseura ry:n toimintakertomus vuodelta 1955. *Medisiinari* 3/1956, 15–20; Turku: Puusta katsoo. *Medisiinari* 4/1956, 47; Aasiksen kuulumisia: Puu-Tiaiselle. *Medisiinari* 5/1956, 49; Lääketieteenkandidaattiseura 25-vuotias. *Medisiinari* 4/1958, 10–23; Leipää ja suolaa. *Medisiinari* 8/1959, 22–27; Näin toimittiin 1961. *Medisiinari* 3/1962, 30–44; Vuosi 1962. *Medisiinari* 3/1963, 43–54; Korhonen L.K.: Seura vietti hiljaista! elämää. *Kollega* 2/1966, 59–62.

405 Pääkirjoitus: Yhtyvätkö jäljet? *Medisiinari* 1/1960, 7–8; Ilmolahti 2010, 347.

406 60-luvun terveempi kansa. *Medisiinari* 8/1960, 54–55.

Lääketeollisuudella alkoi näin olla merkitystä medisiinarien lääkäriksi kasvamisen kannalta: lääketeollisuuden tilaisuuksista tuli opintojen ja opiskelijoiden yhteistoiminnan rinnalle yksi ammattikuntaan sosiaalistaja.⁴⁰⁷ Vaikutus jatkui valmistumisen jälkeen. Esimerkiksi Leiras Oy alkoi julkaista vuonna 1958 omaa *Käytännön lääkäri* -lehteä, jonka tarkoituksena oli ”*palvella maamme lääkärikuntaa ja olla sille hyödyksi ja virkistykseksi*”. Pyrkimyksenä oli käsitellä lääkärin jokapäiväisen työn kannalta tärkeitä kysymyksiä.⁴⁰⁸ Lehden toimituskunta oli koottu lähinnä professoreista ja dosenteista. Varsinainen mainonta oli lehden sivuilla huomattavan maltillista. Kysymys vaikuttaa olleen enemmän ”yrityskuvasta” kuin suorasta oman tehtaan lääkkeiden markkinoinnista. Tällaiset lehdet joka tapauksessa levisivät myös medisiinareille ja vahvistivat käsitystä lääketeollisuuden, lääkkeiden ja lääkärin ammatin välisistä yhteyksistä.

* * * * *

Sodan jälkeisten vuosien yhteiskunnallisen ja poliittisen murrosajan koettiin uha-kaavan suomalaisen akateemisen sivistyneistön perinteistä isänmaallis-kansallista tehtävää ja johtavaa roolia. Sivistyneistön piirissä käyty keskustelu aatteellisuudesta ja materialismista heijastui myös lääkärikuntaan, joka koki niin ikään nopeita ja syvällisiä muutoksia työssään ja asemassaan. Eri-ikäisillä lääkäreillä oli erilaiset kokemukset koulutuksesta, työstä sekä tutkimus- ja hoitomenetelmistä, jotka tuottivat erilaisia näkemyksiä ammatillisesta identiteetistä. Karkeasti ottaen vanhempi polvi painotti sisäsyntyistä kutsumusta ja humanistista sivistystä potilas-suhteen pohjana sekä syytti nuorempia liiasta luonnontieteellisestä orientaatiosta, biologis-mekaanisesta ihmiskuvasta ja aatteettomuudesta. Tämä ilmensi huolta nuorten sitoutumisesta ammatin perinteiseen kulttuuriin ja vanhoihin ideaaleihin. Samantyyppinen huoli ilmeni yliopistomaailmassa, jossa ammattiorientoituneita aloja arvioitiin ”fakki-idiotismin” käsittein ja jossa haettiin tukea sivistysyliopiston perinnöstä. Medisiinarit puolustautuivat eri puolilta tulleita paineita vastaan sitoutumalla ”fakki-idiotismin” vastaiseen taisteluun, vastuuta korostavaan kasvatustoimintaan sekä perinteiseen käsitykseen ammattikunnan kulttuurista. Keskustelu aatteellisuudesta ja sivistyksestä toi näkyväksi lääkärin hiljaista tietoa. Samalla käyty keskustelu tuo hyvin esille yliopistollisen kasvatuksen laajuutta: kyse ei ollut vain opetuksesta vaan kasvatukseen osallistuivat niin valmistuneet lääkärit kuin medisiinarien omat yhteisöt.

⁴⁰⁷ Järvinen 1985, 158.

⁴⁰⁸ Arvoisa lukija. *Käytännön lääkäri* 1/1958, 1.

IV Kansanterveyden hyväksi – Yhteiskunnan ja yksilön palvelukseen kasvamassa (1959–1969)

1. Lääkintäpoliittinen käänne

1960-luvun terveystalitiikka: ehkäisevän terveydenhuollon haaste

”Sairausvakuutusjärjestelmän astuttua nyt voimaan jokaisen lääkärin velvollisuutena on toimia kaikin tavoin sen toimintakelpoisuuden edistämiseksi, riippumatta siitä, mitä mieltä hän on siitä aikaisemmin ollut.”

Näin kirjoitti *Medisiinari*-lehden päätoimittaja Matti Ponteva sairausvakuutuslain astuttua voimaan huhtikuun alussa 1964. Ponteva katsoi, että lääkärin aktiivisuudesta tuli paljolti riippumaan, miten järjestelmä lähtisi toimimaan. Ponteva myös tiivistä nuoren polven näkemyksen: sairausvakuutus oli positiivinen uudistus ja sen mukana ”hiljaisesti seuraava lääkärinammattin sosiaalisoituminen” oli tapahtunut jo muissa ”sivistysvaltioissa”.¹ *Kollega*-lehdessä lääket. kand. Seppo Kuha pohti lääkärin asemaa laajemminkin hyvinvointivaltiossa ja asettui myös kannattamaan uudistuksia. Lääkärikunnan perinteinen näkemys oli ollut, että yhteiskunta puuttui sairaanhoitoon vahingollisella tavalla siten, että lääkäreistä tehtiin alipalkattuja virkamiehiä. Kuhan mielestä tulonsiirto terveiltä sairaille oli kuitenkin hyvä tapa käyttää veroja. Lääkäri-potilassuhteen kannalta oli positiivista, että toimenpiteitä pystyttiin tulevaisuudessa arvioimaan paremmin, että yksinäinen työ korvautui enemmän ryhmätyöllä ja että mahdolliset taitovirheet tulivat helpommin julkisuuden tarkasteltaviksi.²

Kandidaattien mielipiteet heijastelivat 1950- ja 1960-luvun vaihteen lääkitäpöliittistä käännettä. Lääkärikuntaa kohtasi uudenlainen muutospaine, joka kiteytyi hyvinvointivaltion terveystalitiittisessä tavoitteessa: koko kansan saattamisessa hyvinvoinnin piiriin. Tulevaisuuden terveystalitiikan suuntaviivat luonnosteli valtiot. tri. Pekka Kuusi vuonna 1961 kirjassaan *1960-luvun sosiaalipolitiikka*. Kirjan kes-

¹ Ponteva Matti, pääkirjoitus: Sairausvakuutus. *Medisiinari* 4/1964, 7–8.

² Kuha Seppo: Yhteiskunnasta ja lääkäreistä. *Kollega* 1/1964, 50–52.

keinen sanoma oli, että koska suomalaiset olivat ”piilevien hoitamattomien sairauksien kansa”, kaikkien ihmisten mahdollisuuksia saada riittävän ajoissa lääkärin hoitoa oli merkittävästi parannettava. Lääkintäpalvelusten määrää, saatavuutta ja laatua oli lisättävä ja tasa-arvoistettava. Yhteiskunnan taloudelliset ja hallinnolliset resurssit oli käytetty pitkälti sairaalalaitoksen pystyttämiseen, mutta nyt painopiste oli siirrettävä avoterveydenhuollon kehittämiseen sekä sairauksien ennalta ehkäisyyn, terveyttä parantaviin toimiin ja kuntoutukseen. Edellisellä vuosikymmenellä oli onnistuttu vähentämään imeväiskuolleisuutta ja parantamaan lasten terveyttä, mutta nyt huomio oli siirrettävä aikuisväestöön ja sen kroonisiin sairauksiin.³ Taustalla oli kansainvälinen trendi talouskasvun merkityksestä kansakunnan hyvinvoinnin lisäämisessä. Kansalaisten työkykyisyyden lisäksi valtion sosiaali- ja terveyspalvelujen nähtiin edistävän talouskasvua ja ohjaavan kulutusta. Pyrkimyksenä oli tasata varallisuuden luomia esteitä hyvinvoinnin lisäämiseksi ja luoda kaikille kansalaisille tasa-arvoiset mahdollisuudet terveyteen ja sairauksien hoitamiseen. Samalla kyse oli hyvinvointivaltion antamasta sosiaalisesta turvasta.⁴ Terveyspolitiikan linkittyessä yleiseen talous- ja yhteiskuntapolitiikkaan ja sen suunnittelukoneistoon lääkärin rinnalle asiantuntijoiksi nousivat yhteiskuntatieteilijät. 1960-luvun kehitysoptimismmin ilmapiirissä juuri yhteiskuntatieteiden nähtiin tarjoavan käytännön välineitä yhteiskunnan modernisaatioon, kehittämis- ja suunnittelutyöhön, sosiaalisten ristiriitojen säätelyyn sekä hyvinvoinnin ja tasa-arvon edistämiseen.⁵

Aatteellisesti kyse oli jokaisen ihmisen oikeudesta terveyteen. Maailman terveysjärjestö WHO:n perustamisasiakirjassa vuodelta 1946 todettiin, että terveys oli kokonaisvaltaista fyysistä, psyykkistä ja sosiaalista hyvinvointia. WHO painotti toiminnassaan terveyden edistämiseen ja sairauksien ehkäisyyn kohdistuvia toimenpiteitä. WHO:n asiantuntijakomiteoiden raporteissa käsiteltiin 1950- ja 1960-luvuilla (yleis)lääkärin koulutusta ja ehkäisevän terveydenhuollon koulutukselle asettamia vaatimuksia. Taustalla oli lääketieteellinen murros. Peruslääketieteiden kehitys oli mahdollistanut tautien löytämisen niiden varhaisessa vaiheessa ja uudenlaisen puuttumisen niiden leviämiseen, mikä antoi lääkäreille välineitä sairauksien ehkäisyyn. Opetusohjelman nähtiin lähes kaikkialla olevan epätasapainossa, sillä painopiste oli edelleen parantamisessa. Lääkärin rooli oli kuitenkin muuttumassa. Nyt pohdittiin, miten kaikilla ihmisillä olisi mahdollisuus hyötyä ennalta ehkäisevistä toiminnoista. Ehkäisevä ja sosiaalilääketiede (*preventive and social medicine*) asettivat koulutukselle uudenlaisia vaatimuksia: oli kyettävä asettamaan lääketieteellisen tarkastelun keskiöön ihminen, hänen elämänsä ja elinympäristönsä. Tärkeä taustatekijä oli yhteiskunnallinen rakennemuutos, jossa kaupungistuminen,

3 Kuusi 1961, 258, 275–276, 281–286. Lainausta s. 264; Avoterveydenhuollon kehittämisen asetti yhdeksi 1960-luvun painopisteeksi myös Lääkintöhallitus, ks. Tiitta 2009, 307, 311–314; Myös Harjula 2007, 79–82.

4 Harjula 2015, 235–240; Harjula 2007, 74–76; Nyström 2010(b), 174–175; Helén ja Jauho 2003, 28; Talouskasvun merkityksestä myös esim. Kolbe 1996, 17–19.

5 Kolbe 1996, 104–108; Pertti Alasuutari on kutsunut aikakautta suunnittelutalouden vaiheeksi, jossa yksilöiden tarpeet pyrittiin turvaamaan keskitetyllä suunnittelulla ja organisoinnilla, ks. Alasuutari 1996, 108–111, 147–149.

teollistuminen ja elintason nousu tuottivat haasteita terveyden ylläpitämiselle. Elinympäristön ja elintapojen merkitys nousi terveystieteiden ytimeen, jolloin lääkärikoulutuksessa oli painotettava medisiinarien kasvatusta ehkäisevän ja sosiaalilääketieteen saralla opintojen alusta asti.⁶

Suomessa 1960-luvun terveyspolitiikan avainkysymys oli avoterveydenhuollon kehittäminen. Sen ratkaisemiseksi oli puututtava kahteen, jo pitkään keskustelussa olleeseen ongelmaan, jotka olivat lääkäripalvelusten rahoitus ja lääkäreiden riittävän määrän takaaminen. Ensimmäistä ongelmaa pyrittiin ratkaisemaan luomalla yleinen sairausvakuutus muiden läntisten Euroopan maiden tapaan. Sairausvakuutus nähtiin välineeksi tasata varallisuuseroja ja ohjata väestöä käyttämään terveyspalveluita, ja näin lisätä tasa-arvoa ja puuttua etukäteen moniin kansantauteihin.⁷ Keskustelua sairausvakuutuksesta oli käyty jatkuvasti, mutta 1940- ja 1950-lukujen aloitteet eivät johtaneet ratkaisuun. Lääkärikunnassa oli aikoinaan ollut periaatteellista vastustusta vakuutusta kohtaan. Nyt sitä ei enää varsinaisesti asetettu kyseenalaiseksi, vaan enemmänkin keskusteltiin toteutustavoista. Lääkäriliitolle tärkeitä seikkoja olivat vapaan lääkärintalouden säilyminen, riittävän pitkä karenssiaika ja riittävän suuri omavastuuosuus.⁸ Keskeinen syy lääkäreiden kääntymiseen sairausvakuutuksen kannattajiksi olivat terveydenhuoltojärjestelmään syntyneet vinoumat, kuten sairaaloiden poliklinikoiden ruuhkaisuus.⁹ Sairausvakuutus hyväksyttiin lopulta toukokuussa 1963, ja porrastetusti vuosina 1964–1967 voimaan tullut vakuutus koski koko väestöä.¹⁰ Vaikka lääkäreiden suhtautuminen vakuutukseen oli muuttunut myönteisemmäksi, sitä ei täysin purematta nieltä. Lääkärit arvioivat pian työmääränsä lisääntyneen: sairausvakuutus oli tuonut lisää paperityötä, lausuntojen kirjoittamista, potilaiden neuvontaa ja valvontaa, lääkkeiden korvattavuuden arviointia ja uudenlaista yhteistyötä vakuutusviranomaisten kanssa. Ongelmallisena pidettiin lain velvoitusta, että lääkärin tuli antaa vakuutusviranomaisille tietoja potilaasta, minkä katsottiin olevan ristiriidassa salassapitovelvollisuuden kanssa. Perinteiseen tapaan katsottiin myös, että järjestelmä antoi kansalaisille tilaisuuksia väärinkäytöksiin.¹¹

1960-luvun kipein ongelma oli lääkäripula, joka näkyi erityisesti maaseudun kunnissa ja lääkäreiden jakautumisessa alueellisesti epätasaisesti suhteessa väestöön. Nuorista lääkäreistä kilpailivat kuntien kanssa uudet sairaalat, jotka tarjosivat mahdollisuuksia erikoistua. Spesialisoitumisen yleistymisen ja sairaaloiden modernius

6 WHO: Expert Committee on Professional and Technical Education of Medical and Auxiliary Personnel 1950, 5–10 ja 1953, 3–6; WHO: Conference on Public Health Training of General Practitioners 1957, 7–12; WHO: The Teaching of the basic medical sciences in the light of modern medicine 1961, 3–5; Myös First World Conference on Medical Education. Closing Plenary Sessions. BMJ Sept. 12, 1953, 615–627; Juntunen Olli: Lääkäri, potilas, yhteiskunta. Medisiinari 2/1960, 12–14.

7 Tiitta 2009, 314–315; Harjula 2007, 94–96; Myös Sitä kuusta kuuleminen. Medisiinari 9/1961, 16–21.

8 Nyström 2010(b), 180–183.

9 Nyström 2010(b), 178–179, 183; Myös Pesonen Niilo: Sairausvakuutuksesta maassamme. Medisiinari 9/1961, 22–25; Ohela Kalervo: Sairaallääkäreiden palkkauksesta. SLL 28/1960, 1601–1602.

10 Nyström 2010(b), 183; Tiitta 2009, 314–316.

11 Ilmolahti 2010, 348; Jääskeläinen Jarkko, Penttilä Antti ja Raivio Matti: Sairausvakuutuslaki ja lääkärikunta. Medisiinari 2/1964, 11–16; Viukari Matti: Sairausvakuutuksesta lääkärin kannalta. Medisiinari 3/1965, 52–54.

tekivät kunnanlääkärien työstä vähemmän houkuttelevaa vastavalmistuneiden silmissä. Kun poliittisella tasolla kunnanlääkäripulan ratkaisuksi nähtiin koulutusmäärien lisääminen, lääkärikunnassa katsottiin, että ensisijaisesti oli lisättävä työn houkuttelevuutta.¹² Työolosuhteet olivat muuttuneet vanhanaikaisiksi. Yksittäinen kunnanlääkäri ei enää pystynyt varustamaan vastaanottoaan moderneilla välineillä, joten nuorella lääkärillä ei ollut mahdollisuuksia käyttää yliopistoklinikoilla saamaansa oppia käytännön työssä. Laboratorio- ym. tutkimusmahdollisuuksien ja avustavan henkilökunnan puute oli aivan olennainen. Myös laajaa tehtäväkenttää, jatkuvaa päivystysrasitusta, paperityötä, verotusseikkoja ja matalaa ansiotasoa pidettiin kunnanlääkärin työnkuvan ongelmina. Kunnanlääkärinä toimimista ei myöskään luettu ansioksi erikoistumiseen hakeuduttaessa, ja uran vaihtaminen oli hankalaa.¹³ Terveyspoliittisten tavoitteiden kannalta oli ongelmallista, että kunnanlääkärien päätehtävä oli edelleen sairaanhoito – vaikka tehtävät paikallisina lääkintäviranomaisina olivat lisääntyneet, ehkäisevään työhön ei ollut resursseja.¹⁴

Käsitys kunnanlääkärien vaikeuksista sai vahvistusta valtiot. tri Elina Haavio-Mannilan vuonna 1964 tekemästä tutkimuksesta, jonka Suomen Lääkäriliitto oli teettänyt. Siinä todettiin, että ammattikunnan sisällä vaikeuksia kasautui maaseudun avohoitolääkäreille ja etuja kaupunkilaislääkäreille, erityisesti sairaaloiden erikoislääkäreille. Vähiten palkitseviin tehtäviin, maaseudun kunnanlääkäreiksi hakeutuivat potilaskeskeiset, maaseudulta kotoisin olevat lääkärit, jotka kyllä viihtyivät työssään. Tutkimuksen mukaan yhteiskunta saattoi ohjata lääkäreiden sijoittumista hajasijoittamalla korkeakouluja ja perustamalla sairaaloita muuallekin kuin korkeimman väentihyden alueille. Haavio-Mannila totesi myös, että yleisestikin akateemisen koulutuksen saaneet hakeutuivat mieluiten korkean elintason alueille, kaupunkeihin.¹⁵

Vielä 1950-luvulla kunnanlääkärilaitosta oli määrittänyt idealistinen kutsumusajattelu. Kunnanlääkärinä työskentely olikin perustunut juuri tähän: velvollisuus olla jatkuvasti saatavilla teki työstä kokonaisvaltaisen elämäntavan. Nuorempi sukupolvi äänesti kuitenkin jaloillaan, eikä sitoutuminen maaseudun kuntatyöskentelyyn enää kiehtonut. Kuten kunnanlääkäri Ahti Hämäläinen luonnehti, 1960-luvun alussa mahdollisuudet harjoittaa ammattia maaseudulla olivat suunnilleen samat kuin 1920-luvulla.¹⁶ Itsenäinen ja vastuullinen työ kunnanlääkärinä jossain määrin myös pelotti nuoria, mikä näkyi viransijaispulana. Vuonna 1962 *Medisiinari* kannustettiin kandidaatteja maaseudulle: *”Huolellinen ja hätäilemätön työskentely kunnanlääkärin sijaisena on parasta mahdollista aloittelijan koulutusta. -- Syksyllä*

12 Nyström 2010(b), 184; Ilmolahti 2010, 356; Myös esim. Nerdrum Tor A., mielipidekirjoitus: Kunnanlääkäripula vielä kerran. *Medisiinari* 9/1958, 64–65; Kosonen Tapani: Miksi kunnanlääkäreinä toimintansa aloittaneet lääkärit ovat luopuneet tältä uralta. *SLL* 1/1961, 14–24; Kosonen Tapani: Miten kunnanlääkärin ura voitaisiin saada nykyistä suositummaksi. *SLL* 10/1961, 539–544; Hämäläinen Ahti: Kunnanlääkärin työn organisointi. *Medisiinari* 8/1962, 35–42.

13 Haavio-Mannila 1964, 42–43; Tapala Tuomas: Maamme kunnanlääkäritilanne 31.12.58. *SLL* 17/1959, 823–826; Kauranen Olavi: Kunnanlääkäripula – luottamuspuja? *Medisiinari* 1/1961, 20–25; Haapoja Hermann: Kunnanlääkäri. *Kollega* 1/1962, 16–18. Ks. myös edellinen viite.

14 Nyström 2010(b), 178; Tiitta 2009, 311–314; Kuusi 1961, 258.

15 Haavio-Mannila 1964, 14, 42–44, 48–49, 205–207.

16 Hämäläinen Ahti: Kunnanlääkärin työn organisointi. *Medisiinari* 8/1962, 35–42.

*voi sitten Helsingissä kehua nähneensä akuutin sydäninfarktin in vivo, tutustuneensa ensimmäistä kertaa elämässään hammaspihteihin, oppineensa Therapia Fennicasta ravistusmikstuuran reseptin, tehneensä robkean kylmäverisesti abraasion jne.*¹⁷

Medisiinari-lehti avasi vuoden 1961 julkaisemalla kunnanlääkäri numeron, jossa vastavalmistunut lisensiaatti Olavi Kauranen tiivisti ongelman: miten yhdistää lääketieteen kehityksen tarjoamat mahdollisuudet maaseudulla toimivien, laajan tehtäväkentän omaavien kunnanlääkärien työhön.¹⁸ Suurin ongelmakohta oli heikot työskentelyolosuhteet. Professori Osmo Järvi oli ehdottanut vuonna 1959 Kyminlaakson Lääkäriseurassa pitämässään esitelmässä, että myös maaseudun lääkärit perustaisivat yhteisiä tutkimus- ja hoitoyhteisöjä, joissa olisi eri aloille erikoistuneita lääkäreitä.¹⁹ Vanhemmassa lääkäripolvessa ajatus herätti tässä muodossa vastustusta. Esimerkiksi kunnanlääkäri Teddy Biaudet kirjoitti vastineessaan Järvelle, että kunnanlääkärien oli edelleen oltava yleis-, parhaimmillaan perhelääkäreitä.²⁰ Kunnanlääkärien työolosuhteiden modernisointia ja lääkärien yhteistyön lisäämistä avoterveydenhuollossa pidettiin kuitenkin välttämättömänä.²¹ Myös Pekka Kuusi ehdotti kunnanlääkärien korvaamista terveysasemilla, joissa 4–6 lääkäriä työskentelisi yhteistyössä.²² Lääkärien ryhmävastaanottoja, joissa oli eri alojen specialisteja sekä yhteiset tutkimusvälineet ja hoitohenkilökunta, oli jo syntynyt yksityisesti kaupunkeihin, ja sairausvakuutuksen myötä niiden määrä lisääntyi.²³ Sotien jälkeisenä aikana maaseudulle oli myös rakennettu terveystaloja terveysvalitus- ja neuvolatoiminnan ympärille – niihin saattoivat liittyä myös lääkärin vastaanotto-tilat.²⁴

Erikoistumisen yleistyminen, työnjaon syveneminen ja lääketieteen teknistymisen merkitsivät murrosta lääkärien suhteessa toisiinsa, potilaisiin ja yhteiskuntaan.²⁵ Lääkärikunnassa erikoisala oli syrjäyttänyt paikallisuuden identiteetin lähteenä. Kun 1950-luvulla lääkärikunnan merkittävin jakolinja oli alueellinen ja järjestäytyminen Lääkäriliitossa oli paikallista, vuosikymmenen vaihteessa järjestäydyttiin erikoisalan ja työpaikan (kunta – yksityispraktiikka – sairaala) mukaan.²⁶ Toinen muutos lääkärien identifikaatiossa tapahtui vapaasta ammatinharjoittajasta kuntien ja valtion virkamieheksi. Kehitys ei ollut kivutonta, sillä tähän liitettiin lääkärikunnassa yhä ”sosialisoinnin” uhka, jonka negatiivinen lataus syntyi lääkärien palk-

17 Sijaisuus. Medisiinari 6/1962, 7–8.

18 Kauranen Olavi: Suomen kunnanlääkärlaitoksen synty ja kehitys. Medisiinari 1/1961, 8–13; Kauranen Olavi: Kunnanlääkäripula – luottamuspuola? Medisiinari 1/1961, 20–25.

19 Järvi Osmo: Lääkäri tänään ja huomenna. SLL 10/1959, 447–459.

20 Prof. Järven puheen pohjalla käyty keskustelu. SLL 10/1959, 460–463; Vastustuksesta kertoo myös, että Järven kirjoitus Jäähvyäiset kunnanlääkäreille Suomen Kuvalehdessä 14/1965 poiki useita vastineita Lääkäreilehdessä, esim. Räsänen Kaarlo, mielipidekirjoitus: Ei jäähvyäisiä kunnanlääkäreille. SLL 14/1965, 1030 ja Klemola J. K., mielipidekirjoitus: Miten käy kunnanlääkäreiden? SLL 16/1965, 1195.

21 Esim. Auktoriteetin sana. Medisiinari 3/1961, 49–55; Pesonen Niilo: Kunnanlääkärien tehtävistä nyky-aikana. SLL 28/1960, 1587–1595; Krusius F.-E.: Ehdotus kunnanlääkärien työskentelymahdollisuuksien kohentamiseksi. SLL 28/1960, 1597–1599.

22 Kuusi 1961, 282–283.

23 Nyström 2010(b), 179–180, 184–185; Kaipainen 1969, 30.

24 Harjula 2015, 150–154.

25 Esim. Juntunen Olli: Lääkäri, potilas, yhteiskunta. Medisiinari 2/1960, 12–14.

26 Aalto 2010, 93–95; Valtuuskunnan vaalien tulokset Nyström 2010 (toim.), liitteet.

kauksen, työmäärän ja työn laadun yhteen sovittamattomaksi koetusta suhteesta.²⁷ ”Sosialisointina” pidettiin vielä vuosina 1960–1961 toteutettua sairaalalääkärien palkkauksen uudelleenjärjestelyä, jossa siirryttiin toimenpidepalkkioista kokonaispalkkaukseen ja -työaikaan.²⁸ Tavoitteena oli selkiyttää palkkausjärjestelmää, jossa eri alojen ja eri sairaaloiden lääkärien väliset palkkaerot olivat suuret. Neuvottelut uudistuksesta johtivat laajaan palkkataisteluun, jolla oli kauaskantoisia seurauksia lääkärikunnan julkisuuskuvalle. Neuvottelujen aikana käytetyt järeät painostuskeinot, kuten irtisanoutumiset ja hakukiellot, johtivat hyökkäyksiin lääkärien palkkoja vastaan niin lehdistön palstoilla kuin laajemmin potilaiden keskuudessa.²⁹ Jälkeenpäin arvioitiin, että palkkataistelu vähensi lääkärien arvostusta suuren yleisön silmissä ja jakoi lääkärikuntaa sisäisesti.³⁰

1950- ja 1960-lukujen vaihteessa lääkärikunta oli monien paineiden ja uudistusten keskellä. Yhteiskunnallisen keskustelun polttopisteessä oli terveydenhuoltopoliittisia ja lääkärin työhön liittyviä kysymyksiä, kuten sairausvakuutus, lääkärimäärän lisääminen, sairaaloiden rakentaminen ja avoterveydenhuollon kehittäminen. Timo Tarmio on todennut, että perinteinen ja tuleva lääkärin toimenkuva etäännyivät toisistaan: lääkärit siirtyivät yksityispraktiikan harjoittajista julkisten organisaatioiden palvelukseen.³¹ Tämä olikin keskeinen sukupolvieroja luova tekijä lääkärikunnassa. Kiinnostus myös suuntautui palkattuihin virkoihin, kuten Elina Haavio-Mannilan tutkimus vuodelta 1964 osoitti. ”Lääkärikunta on siirtymässä yksityisyrittäjäaikaikaudesta organisaatioihmisen kauteen.”, Haavio-Mannila tiivisti.³²

Medisiinarijärjestöt kansanterveystyössä ja sosiaalisen ajattelun ihanne

”Voimakkaasti muuttuva ja kehittyvä yhteiskunta, jossa myös lääkärin asema on jatkuvien muutosten alainen, vaatii lääkäriltä paitsi hyvää ammattitaitoa myös sosiaalista aktiviteettia ja kelpoisuutta.”

Näin luonnehdittiin lääkäriltä ja medisiinarien kasvatukselta vaadittavia ominaisuuksia Lääketieteenkandidaattiseururan toimintakertomuksessa vuodelta 1960.³³ Vuosikymmenen vaihteessa medisiinarikunta aktivoitui lääkintäpoliittisessa keskustelussa. Lääkärikasvatuksessa voi puhua lääkintäpoliittisesta käänteestä, jonka

²⁷ Tarmio 1993, 138–139.

²⁸ Pääkirjoitus: Kunnanlääkärin työn sosialisoinnista. Medisiinari 9/1960, 7–8; Saarimaa H., Petäjä A. ja Räsänen O.: Olisiko perhelääkärijärjestelmä säilytettävä. SLL 11/1961, 611–614; Palmén A. J.: Ajankohtaisia piirteitä lääkärin etiikasta. SLL 32/1961, 1891–1901.

²⁹ Levä 2010, 269–274; Pesonen 1973, 107–121; ”Sosialisoinnista” ks. Tarmio 1993, 138–139; Kirpilä Juhani: Sairaalalääkärien palkka. Medisiinari 7/1960, 7–11; Myös Olli Teuvo: Lääkärit ja edistys. Ylioppilaslehti 5/1961, 5.

³⁰ Esim. Pääkirjoitus: Suhde. Medisiinari 3/1960, 7; Palmén A. J.: Ajankohtaisia piirteitä lääkärin etiikasta. SLL 32/1961, 1891–1901; Pääkirjoitus: Potilas – lääkäri. Kollega 1/1964, 7; Myös Pesonen 1973, 116–119.

³¹ Tarmio 1993, 139.

³² Haavio-Mannila 1964, 10–12, 24–25, 205.

³³ Lääketieteenkandidaattiseura A.D. 1960 (toimintakertomus). Medisiinari 3/1961, 19–31.

myötä ammatti-identiteetin muotoutumista ja koulutusta alkoi luonnehtia yhteiskunnallistuminen. Hyvinvointivaltion terveyspolitiikan rakentaminen merkitsi nuorille medisiinareille sukupolvikokemusta, jonka myötä lääkärin rooli alettiin mieltää yhteiskunnallisesta asiantuntijuudesta käsin. *Medisiinari*-lehden vuoden 1962 ensimmäisessä numerossa tiivistettiin kasvatuksen tavoite: kandidaattien oli kiinnostuttava lääkintähuollon asioista ja koulutusaikana oli hankittava tietoja, lausuttava mielipiteitä ja tehtävä ehdotuksia. Pääkirjoituksessa todettiin: ”*Kandidaattijasta riippuu suuresti tulevan varsin nuorekkaan lääkärikunnan ammatillinen ja yhteiskunnallinen valveutuneisuus.*”³⁴ Tämä heijastui LKS:n toimintaan. Puheenjohtaja Juhani Hyvärinen linjasi, että seuran tehtävänä oli lisätä tulevien lääkärin ”*sosiaalista henkeä, taitoa ja aktiivisuutta*”, jotta medisiinareilla olisi valmiuksia kehittää lääkintähuoltoa tulevaisuudessa. Hyvärinen pohti seuran mahdollisuuksia järjestää koulutusta lääkintätoimen sosiaalisissa ja hallinnollisissa kysymyksissä.³⁵

Vuonna 1962 medisiinarien lääkintäpoliittinen aktiivisuus alkoi säteillä vaikutustaan myös koko ammattikuntaan. Lääkintäpoliittinen käänne oli nuorten radikalismia lääkärikunnan sisällä. Medisiinarit näkivät terveydenhuoltojärjestelmässä runsaasti ratkaisemattomia kysymyksiä, vanhentuneita rakenteita, puutteita ja ongelmia.³⁶ Lääkärikunnan toimintaa pidettiin yhteiskunnallisesti passiivisena. Lääkintätoimen kehittämiseksi ei ollut toimittu riittävän aktiivisesti, vaikka lääkäreillä olisi ollut asiantuntemusta analysoida puutteita ja tehdä parannusehdotuksia. Sukupolvien välillä oli näkemyseroja: kun kandidaatit olivat käyttäneet Duodecimin ylimääräisessä kokouksessa puheenvuoroja lääkintähuoltoa koskeissa asioissa, se oli herättänyt ihmetystä vanhemmassa polvessa.³⁷ Kuvaa lääkäreistä konservatiivisina säilyttäjinä loi ammattikunnan varovainen suhtautuminen terveyspoliittisiin uudistuksiin ja tiukka edunvalvontalinja sairaalalääkärin palkkataistelussa – tähän kiinnitettiin huomiota myös ylioppilasmaailmassa: *Ylioppilaslehdessä* ehdotettiin LKS:lle medisiinarien yhteiskunnallista kasvatustoimintaa.³⁸ Medisiinarikunnasakin esiintyi kahdenlaisia mielipiteitä yhteiskunnan suhteesta lääkärin työhön. Seuraavat vuodet osoittivat, että nuori sukupolvi hautasi ”sosialisoinnin” peikon ja asettui tukemaan sosiaalisia uudistuksia lääkintäpolitiikan saralla.³⁹ Lääkärikäsi kasvamisen kannalta tarkasteltuna tämä merkitsi sitä, että tulevalta lääkäriltä katsottiin vaadittavan aiempaa sosiaalisempaa ajattelutapaa, jonka tuli muodostua opiskeluaikana.⁴⁰

Vuonna 1962 LKS osallistui lääkintäpoliittiseen keskusteluun korkealla profiililla. Tavoitteena oli aktivoida jäsenistöä ja lisätä näin tulevaisuuden lääkärikunnan

34 Pääkirjoitus: Lääkärit, kandidaatit, Medisiinari. Medisiinari 1/1962, 7.

35 Uusi. Medisiinari 1/1962, 26–28.

36 Uusi. Medisiinari 1/1962, 26–28.

37 Lääkintäpoliittista keskustelua. Medisiinari 4/1962, 20–23.

38 Olli Teuvo: Lääkärit ja edistys. Ylioppilaslehti 5/1961, 5.

39 Pääkirjoitus: Suhde. Medisiinari 3/1960, 7; Kunnanlääkärin työn sosialisoinnista. Medisiinari 9/1960, 7–8; Juntunen Olli, mielipidekirjoitus: Medisiinari ja lääkintäpolitiikka. Medisiinari 1/1961, 57; Nimim. ”Focus”, mielipidekirjoitus: Hyvinvointia vain. Medisiinari 9/1961, 32–33; Vuosi 1962 (LKS:n toimintakertomus). Medisiinari 3/1963, 43–54.

40 Puheenjohtajana Simo Tarpila. Medisiinari 2/1961, 48–49.

aktiivisuutta. Jo edellisenä vuonna *Medisiinari*-lehti oli julkaissut teemanumerot kunnanlääkärilaitoksesta ja sairausvakuutuksesta. Tässä yhteydessä vaadittiin Pekka Kuusen linjausten mukaisesti lääkärin ja sosiaalitieteilijöiden yhteistyötä avoterveydenhuollon epäkohtien tutkimiseksi.⁴¹ Keväällä 1962 kurssien yhteisissä keskustelutilaisuuksissa käsiteltiin lääkärimääriä, sairausvakuutusta, lääkärin aputyövoiman tarvetta, avohoidon kehittämistä ja sairaalalaitoksen rahoitusta. Medisiinarit kritisoivat opetusta, jossa näitä teemoja ei käsitelty riittävästi. Lisäksi esitettiin, että lääkärin tulisi ottaa enemmän osaa politiikkaan. Keskusteluissa nousi esille kandidaattien rooli koko ammattikunnan aktivoijana. Lääkintäpoliittisten kysymysten käsittelylle ei kuitenkaan ollut sopivaa foorumia.⁴² Kritiikki kohdistui myös Lääkäriliittoon, ja LKS alkoi vaatia opiskelijoille oikeutta lausua näkemyksensä ammattikunnan sisällä. Lääkäriliitolle esitettiin, että se kuulisi kandidaattiseurojen mielipiteitä heitä koskevissa asioissa – myös pitkän tähtäimen lääkintäpoliittisissa kysymyksissä. Kandidaattien uudenlainen, määrätietoinen esiintyminen oli osittain seurausta tietoisuudesta, että opiskelijamäärien lisäysten myötä nuorten lääkärin määrä oli kasvamassa.⁴³

LKS oli aikaisemminkin järjestänyt runsaasti yleisiä keskustelutilaisuuksia. Nyt oli kuitenkin päästy eroon siitä ”fakki-idiotismin vastustamisen” luomasta paineesta, jonka myötä tilaisuuksissa oli keskitytty oman alan ulkopuolisiin, lähinnä humanistisiin kulttuurikysymyksiin. Ammatillinen kasvatustoiminta sai uudenlaisen vivahteen, kun se alkoi liittyä aikakauden keskeisiin hyötytieteisiin, yhteiskuntatieteisiin. Vuonna 1962 LKS järjesti korkeatasoisen lääkintäpoliittisen seminaarin, jossa alustajina olivat muun muassa VTT Pekka Kuusi, lääkintöhallituksen pääjohtaja Niilo Pesonen, kansanedustajat Valto Käkeli, Erkki Koivisto ja Pentti Pakarinen sekä lääkintöneuvos Aimo Ojala. Viiden illan seminaarisarjan aiheina olivat terveydenhuoltojärjestelmä ja sen kehittäminen, sairaalahallinto, maaseudun sairaanhoito-olot ja politiikka lääkintähuollon saralla. Osanotto oli vilkasta, ja monet keskeiset lääkärivaikuttajat olivat läsnä eri iltoina.⁴⁴ Lääkäriliiton apulaistoiminnanjohtaja Tapani Kosonen tervehti nuorison aktiivisuutta ja asiantuntemusta ilolla.⁴⁵ Alustukset ja keskustelureferaatit julkaistiin *Medisiinari*-lehdessä, jonka pääkirjoitus julisti: ”*Lääkärikuntamme asenne maassamme harjoitettuun lääkintäpolitiikkaan on viime aikoihin asti ollut passiivinen ja konservatiivinen.*”⁴⁶ Keskusteluissa korostui, että Suomessa oli edessä terveydenhuoltojärjestelmän kehittämis- ja laajenemisvaihe ja tähän liittyi suuri tarve sosiaalilääketieteelliselle tutkimustiedolle. Järjestelmän

41 Pääkirjoitus: Tarvitsemme tietoja. *Medisiinari* 9/1961, 7.

42 Lääkintäpoliittista keskustelua. *Medisiinari* 4/1962, 20–23.

43 Pääkirjoitus: Lääkäriliitto ja kandidaattiseurat. *Medisiinari* 5/1962, 7–8.

44 Lääkintäpoliittinen seminaari lääketieteen opiskelijoille. *Medisiinari* 6/1962, 34–35; Nimim. Focus, mielipidekirjoitus: Seminaarista. *Medisiinari* 8/1962, 65–66; Seminaari-iltojen keskustelijat tulevat esille *Medisiinari* 8/1962, ja useana iltana läsnä olivat mm. lääkintöhallituksen pääjohtaja Niilo Pesonen sekä Lääkäriliiton toiminnanjohtaja Väinö Pensala ja entinen toiminnanjohtaja, dosentti K. E. U. Jäämeri.

45 Kosonen Tapani, pääkirjoitus: Lääketieteen opiskelijat lääkintäpolitiikan poluilla. *SLL* 28/1962, 2046–2047.

46 Pääkirjoitus: Lääkärit ja lääkintäpolitiikka. *Medisiinari* 8/1962, 9.

kehittämiseksi oli laadittava suunnitelmat ja ennusteet sekä *Medisiinari*-lehden mukaan myös tutustuttava siihen, miten asiat oli järjestetty Ruotsissa.⁴⁷

Kansanterveystyö oli se lääkintäpolitiikan lohko, jolle kandidaattien konkreettinen toiminta suuntautui. Vuonna 1963 kaikki maan kandidaattiseurat järjestivät yhteisen ”tempauksen”, Medisiinaritäräyksen. Kansanterveyden asiantuntijoiden ja Lääkäriliiton avustuksella toteutettiin tutkimus kahdessa maalaiskunnassa, Honkajoella ja Muuruvedellä, joissa selvitettiin diabeteksen, lapamadon ja glaukooman (silmänpainetauti) esiintymistä. Diabetes ja glaukooma olivat piileviä kansantauteja, joiden esiintymistä ei ollut systemaattisesti tutkittu. Tempauksen sivutuotteena oli tarkoitus selvittää, miten tällainen kansanterveyden joukkotutkimus oli toteutettavissa. Seulonnan tulokset auttoivat toki myös tempauspaikkakuntien yksittäisiä asukkaita, sillä lapamadon kantajat saivat ilmaiset lääkkeet ja muut voitiin ohjata jatkohoitoon.⁴⁸ Tutkimus sai positiivisen vastaanoton kunnissa: Muuruvedellä 85 prosenttia asukkaista otti osaa tutkimukseen ja *Kankaanpään sanomissa* julkaistun honkajokelaisten kiitosrunon mukaan sielläkin 70 prosenttia.⁴⁹ Itse tutkimuksen lisäksi kansanterveysasiaa tehtiin tunnetuksi järjestämällä Helsingissä tempauksen lähtöpäivänä 300 medisiinarin kulkue, jossa esiintyivät suuri lapamato, ripsitoukka ja kala ja jossa yleisölle jaettiin valistusta aiheesta.⁵⁰ Näin medisiinarit hyödynsivät toiminnassaan teekkarien tempausperinnettä ja ylioppilaiden kulkuetraditiota.⁵¹

Medisiinaritäräyksellä oli yhtymäkohtia ylioppilaiden perinteiseen kotiseututyöhön, mikä huomattiin Helsingin yliopiston ylioppilaskunnassa. Osakuntien organisoimassa kotiseuduntutkimuksessa oli myös alkanut painottua yhteiskunnallinen hyötynäkökulma: mahdollisuudet edistää maakuntien kehitystä. Lääketieteen osalta mahdollisuuksia näyttivät tarjoavan sosiaalilääketieteellinen tutkimus sekä hygieenisten ja terveyden- ja sairaanhoito-olojen parantaminen.⁵² HYY:n kotiseututoimikunta pohti 1960-luvun alussa osakuntien kotiseututyön uudistamista ja tässä yhteydessä medisiinarien mahdollisuuksia osallistua kotiseuturetkiin.⁵³ Tämä ei kuitenkaan toteutunut. Myös kandidaattiseurojen lääkintäpoliittinen toiminta hiipui muutaman vuoden jälkeen. Vaatimus kasvattaa medisiinareita yhteiskunnalliseen aktiivisuuteen kuitenkin säilyi, kuten *Kollega*-lehden vuoden 1965 ensimmäisen numeron pääkirjoitus osoittaa. Kun yhteiskunta antoi akateemisille kansalaisille etuoikeuden opiskella laajasti, medisiinarien velvollisuus oli osallistua yhteiskunnalliseen elämään myös kansalaisina. Sen lisäksi heidän oli pyrittävä kehittymään ammatissaan ja kasvamaan työn edellyttämälle korkealle eettiselle tasolle. ”*Sivistysteistömme yhteiskunnallinen invaasio saattaa tosin merkitä akateemisen*

47 Seminaarien alustukset ja keskustelut julkaistu numerossa *Medisiinari* 8/1962; Nimim. Focus, mielipidekirjoitus: Seminaarista. *Medisiinari* 8/1962, 65–66.

48 Täräys, täräys, täräys. *Medisiinari* 4/1963, 49–52.

49 LKS:n toimintakertomus 1963. *Medisiinari* 3/1964, 21–34; Kiitokset täräyksestä. *Kollega* 3/1963, 42.

50 Täräys, täräys, täräys. *Medisiinari* 4/1963, 49–52; LKS:n toimintakertomus 1963. *Medisiinari* 3/1964, 21–34.

51 Teekkarien tempausperinteen historiasta ks. Hanski 1997, 147–153.

52 Hirvonen Soili: Kotiseututyö. *Medisiinari* 1/1964, 44–46.

53 Toimikunnan mietintö liitteenä lääket. tdk ptk 11.2.1964 (13S), HYKA.

kansalaisen entistä voimakkaampaa politisoitumista, mutta sitäkin on syytä enemmän toivoa kuin varoa.”, Kollegassa ennakoitiin tulevaa.⁵⁴

Lääkäritarve ja koulutuspolitiikan valinnat

”Koskahan aletaan huolehtia siitä, että uusia taajoja opiskelijajoukkoja odottavat sitten myös valmiina a.o. laitokset ja klinikat, vai onko opetus sivuasiana, kunhan saadaan vain lisää lääkäreitä?”

Näin pohdittiin *Medisiinari*-lehdessä TLKS:n palstalla loppuvuodesta 1960. Turku-laisten medisiinarien määrä oli kasvussa, sillä sisäänottomäärää oli nostettu ja syksyllä 1961 Turkuun olivat tulossa vastaperustetun Oulun yliopiston lääketieteellisen tiedekunnan kandidaattiopiskelijat. Samana vuonna oli tehty päätös suomalaisten lähettämisestä ulkomaille opiskelemaan lääketiedettä. Opiskelijamääriä lisättäessä ei kuitenkaan kirjoituksen mukaan oltu huolehdittu opetustilojen riittävyydestä ja opetuksen tasosta.⁵⁵ Juuri tämä oli lääkärikunnan perinteinen vasta-argumentti ehdotuksille nostaa tiedekuntien opiskelijamääriä. Yhteiskunnan näkökulmasta kyse oli 1950-luvun jälkipuoliskolla siitä, että Suomessa vallitsi selvästi pulaa lääkäreistä. Keskustelua sopivasta lääkärimäärästä ja pulan olemassaolosta oli käyty käytännössä koko sodan jälkeinen aika. Samu Nyström on todennut, että lääkärimäärän kasvattamista ajoivat erityisesti julkisen terveydenhuollon järjestäjätahot eli lääkintöhallitus, kunnat ja valtio ja että lääkärikunta taas pyrki rajoittamaan määrän kasvua ja korostamaan laadullisia parannuksia.⁵⁶

Lääkärikunnassa, erityisesti nuorten lääkärien ja kandidaattien keskuudessa, koulutusmäärien lisäämiseen suhtauduttiin pitkään kriittisesti. Suurten ryhmäkojojen katsottiin heikentävän opetuksen laatua, ja lisäksi oli huolta työllistymisestä. Lääkärikunnassa oli myös niitä, joiden mielestä maassa ei voinut vallinnut lääkäripulaa ja jotka katsoivat lääkintäviranomaisten joutuneen jonkinlaisen ”lisäämisvimman” valtaan. Etenkin 1950-luvun alussa Lääkäriliitossa epäiltiin virallisten laskelmien paikkansa pitävyyttä pulan suuruuden osalta ja alettiin laatia omia tutkimuksia lääkäritarpeesta.⁵⁷ Vuosikymmenen puolivälissä tunnustettiin kyllä, että joidenkin alojen erikoislääkäreistä oli pulaa, mutta perimmäisenä syynä nähtiin, että koulutusvirkoja ei ollut perustettu riittävästi. Lisäksi kun paikkoja jäätettiin odottelemaan, ”jonotusaikaa” ei käytetty kunnanlääkärinä toimimiseen. Kunnanlääkäreistä alkoi olla yhä enemmän pulaa 1950-luvun puolivälin jälkeen. Lääkäriliiton tutkimusten mukaan lääkärien halu erikoistua ja kunnanlääkärin työn epäkohdat olivat kuitenkin keskeisempi tekijä pulassa kuin lääkärien kokonaismäärä.⁵⁸

⁵⁴ Pääkirjoitus: Meidän vastuumme. *Kollega* 1/1965, 7–8.

⁵⁵ Turku. *Medisiinari* 8/1960, 79.

⁵⁶ Nyström 2010(b), 212; Tilanne oli samanlainen Ruotsissa, jossa Läkarförbundet muutti vuoden 1958 tienoilla politiikkaansa ja myönsi maassa vallitsevan lääkäripulan, ks. Eklöf 2000, 82.

⁵⁷ Nyström 2010(b), 212–213.

⁵⁸ Siirala Urpo: Vuoden 1955 Turun lääkäripäivien avausanat. *SLL* 1/1956, 1–6; Rantasalo Viljo: Lääkäripula. Eräitä tilastoja ja suunnitteluja. *SLL* 6–7/1956, 324–326; Pääkirjoitus: Lääkäripula. *Medisiinari*

1950- ja 1960-lukujen vaihteessa lääkärikunnassakin alettiin myöntää lääkäripula tosiasiaksi etenkin, kun kysynnän nähtiin olevan kasvussa sairausvakuutuksen myötä. Silti Lääkäriliitto piti ensisijaisina ratkaisuina kunnanlääkärien työn houkuttelevuuden parantamista ja erikoistumismahdollisuuksien lisäämistä, kun viranomaiset painottivat koulutusmäärien nostamista.⁵⁹ Julkisuudessa Lääkäriliittoa syytettiin siitä, että se oli ”ryhmäintressinsä turvaamiseksi” pyrkinyt kieltämään lääkäripulan olemassaolon.⁶⁰ Esimerkiksi Pekka Kuusi nosti *1960-luvun sosiaalipoliittikka* -kirjassaan esille Suomen ”takapajuisuuden” lääkäritiheyden osalta verrattuna muihin Euroopan maihin ja syytti osittain tilanteesta ”henkisesti koteloitunutta” lääkärikuntaa.⁶¹ Niilo Pesonen on myöhemmin muistellut, että julkisuudessa lääkäripulasta syytettiin usein lääkintöhallitusta, vaikka keskusvirasto nimenomaan pyrki hänen pääjohtajakaudellaan lääkärimäärän lisäämiseen siitä huolimatta, etteivät koulutusasiat kuuluneet sen vastuulle. Pesonen on tuonut esille, että lääkärikunnan mielipiteet jakautuivat asiassa.⁶² Tämä vaikuttaa oikealta arviolta, mutta saattaa olla, että Lääkäriliitossa oli halua hillitä määrää myös edunvalvonnallisista syistä.

1950-luvun jälkipuoliskolla koulutuksen laajentaminen nousi yhteiskunnalliseen keskusteluun, kun pohdittiin sekä suurten, sodan jälkeen syntyneiden ikäluokkien kouluttamista että hyvinvointivaltion pohjaa. Kaikkialla länsimaissa nousi esille ajatus koulutuksen ja sen myötä syntyvän inhimillisen pääoman merkityksestä sekä lahjakkuusreservien hyödyntämisestä. Tavoitteena oli parantaa taloudellista kasvua, joka nähtiin keinona edistää tasa-arvoa, demokratiaa ja yleistä hyvinvointia. Myös yhteiskunnallisen rakennemuutoksen kanavoimisessa koulutus nousi poliittiseen keskiöön. Historioitsija Marja Jalava on korostanut, että suomalaisen korkeakoululaitoksen laajenemisessa ei ollut kyse ainoastaan suurten ikäluokkien luomasta demografisesta paineesta. Päätös ohjata nuoret nimenomaan korkeakoulutuksen piiriin liittyi näkemykseen tieteestä ja koulutustason nostamisesta investointeina kansakunnan tulevaisuuteen. Kysymys ei ollut vain välineellisestä näkemyksestä, vaan taustalla oli tasa-arvon eetos. Koulutus ja sivistys olivat julkisia palveluita, joihin kaikilla oli oikeus.⁶³

Hyvinvointivaltion rakentamisessa korostui kansallisen eheyttämisen ja valtion kokonaisedun aate, joka yhdisti sosialidemokraattien suunnitteluideologiaa, maalaisliiton aluepolitiikkaa ja oikeiston kansallista linjaa, kuten Laura Kolbe on todennut.⁶⁴ Korkeakoulupolitiikassa maalaisliiton aluepoliittinen näkökulma nousi dominoivaksi. Ensimmäisenä, pitkän pohjustuksen jälkeen perustettiin vuonna 1958 toinen valtionyliopisto Ouluun. Hanke oli saanut pontta presidentti Urho

3/1956, 7–8; Lääkäripula, sen syyt ja terapia. SLL 13/1958, 611–618; Kosonen Tapani: Lääkäripula. SLL 17/1959, 820–822; Tarmio 1993, 134–137; Myös Lääkäriliiton valtuuskunnan ptk 4.–5.5.1956 (pj:n katsaus), 2.4.1960 (6§), SLA.

59 Esim. Siirala Urpo: Vuoden 1957 lääkäripäivien avaussanat. SLL 23/1957, 1249–1254; Lääkäripula, sen syyt ja terapia. SLL 13/1958, 611–618; Pesonen 1973, 21–26; Tarmio 1993, 137–138.

60 Esim. Lääkäriliiton valtuuskunnan ptk 2.4.1960 (6§), SLA; Huiittinen ja Launiala 1965, 225; Tähän näkemykseen on toistuvasti viitattu myös tutkimuksissa, esim. Salo 2015.

61 Kuusi 1961, 254–258.

62 Pesonen 1973, 37–38.

63 Jalava 2012, 44–53.

64 Kolbe 1996, 22–25.

Kekkosen ajatuksista Pohjois-Suomen taloudellisten ja sivistyksellisten olojen kehittämisestä. Perustamissuunnitelmia johtanut Pohjois-Suomen korkeakoulukomitea esitti laaja-alaisen yliopiston muodostamista, johon kuuluisi lääketieteellinen tiedekunta. Kun samoihin aikoihin oli kiinnitetty erityistä huomiota Pohjois-Suomen lääkäripulaan, pääjohtaja Niilo Pesonen oli erikseen kannustanut tiedekunnan perustamiseen.⁶⁵ Tilanteen nopeaa muuttumista kuvaa se, että Pesonen oli vielä muutamaa vuotta aiemmin arvellut, ettei Suomessa tarvittaisi kolmatta lääketieteellistä tiedekuntaa.⁶⁶ Juuri Pesosella olikin sittemmin merkittävä rooli uuden tiedekunnan toiminnan käynnistämisessä.⁶⁷ Vaikka pääsääntöisesti Oulun yliopiston perustamiseen suhtauduttiin myönteisesti, sitä myös kritisoitiin ja esimerkiksi Helsingin yliopistossa oltiin huolestuneita voimavarojen hajauttamisesta ja tieteen tasosta.⁶⁸ Helsingin lääketieteellinen tiedekunta suhtautui suunnitelmaan nihkeästi; resurssit olisi tullut suunnata mieluummin sen tilanahtauden helpottamiseen. Tiedekunta myös ilmoitti, ettei Helsingissä ollut mahdollisuutta antaa prekliinistä opetusta oululaismedisiinareille.⁶⁹

Sen sijaan Turussa suhtauduttiin myönteisesti oululaisten kandidaattiopetukseen. Ensimmäiset lääketieteen ylioppilaat aloittivat opintonsa Oulun yliopiston filosofisessa tiedekunnassa syksyllä 1960, ja seuraavana syksynä kurssi siirtyi jatkamaan opintojaan Turun tiedekuntaan. Oulun lääketieteellinen tiedekunta aloitti virallisesti toimintansa syksyllä 1962, ja ensimmäinen kurssi siirtyi klinisiin opintoihin kotiyliopistoonsa keväällä 1963.⁷⁰ Oulun tiedekunta toimi Turun tiedekunnan alaisuudessa alkuvuoteen 1965 asti.⁷¹ Tiedekunnan alkuvaiheissa oli näin ollen paljon samoja piirteitä kuin Turun tiedekunnan aloittaessa toimintansa: opetus käynnistyi uudessa tiedekunnassa klinisistä opinnoista ja kandidaattitutkinto suoritettiin (pääosin) ”vanhassa” tiedekunnassa. Kun Oulussa koko yliopisto aloitti toimintansa nollasta, Turun yliopistolla oli tärkeä rooli akateemisten perinteiden välittämisessä, kuten Oulun ensimmäisellä kurssilla opiskellut Timo Niinimäki pohti *Kollega*-lehdessä kurssin siirtyessä Ouluun. Turussa saadut kokemukset opiskelijoiden yhteisöllisyydestä, opetuksen muodoista ja tehtävistä sekä yliopiston toiminnasta olivat tärkeitä. Niinimäki mainitsi muun muassa sen, että Turussa oululaismedisiinarit olivat saaneet nähdä, miten laajamittainen yliopisto toimi, mitä tarkoitti tutkimukseen perustuva opetus ja miten opetusmetodeita saattoi kehittää.

65 Jalava 2012, 56–58; Lackman 1998, 17–35; Salo 1998(a), 93–94; Tarmio 1993, 142–144. Tarmio on maininnut, että lääkäritarvetta pohtineen komitean mietintöön vuodelta 1955 jätti eriyvän mielipiteen Turun yliopiston professori Pekka Brummer, joka kannatti sisäänottomäärien lisäämisen sijaan kolmannen tiedekunnan perustamista Ouluun.

66 Puhuttiin sairaalalaista, lääkäri- ja erikoislääkäritarpeesta, erikoislääkärikoulutuksesta. Medisiinari 5/1956, 30–31; Pesosen aiempi kanta tulee esille keskustelutilaisuudessa, jonka referaatti: Lääkäripula, sen syyt ja terapia. SLL 13/1958, 611–618.

67 Pesonen 1973, 204–209; Salo 2003, 162.

68 Lackman 1998, 27.

69 Lääket. tdk ptk 2.4.1957 (36§), 3.3.1959 (28§), 24.3.1959 (52§), 21.4.1959 (32§) liitteineen, HYKA.

70 Turku. Medisiinari 8/1960, 79; Niinimäki Timo: Oulun horisontista. Medisiinari 3/1962, 56–57; Kosonen Tapani, pääkirjoitus: Oulun tiedekunta. SLL 5/1963, 236–237; Järvinen Klaus A.: Oulun lääketieteellisen tiedekunnan alkutaipaleelta. Kollega 2–3/1964, 18–21; Pesonen 1973, 205.

71 Tarmio 1993, 144.

Turkulaiset opettajat olivat myös perinteen mukaisesti toimineet hiljaisen tiedon välittäjinä: *”ei ainoastaan miten oppia medisiinaa, vaan myös miten tulla hyväksi lääkäriksi ja ihmiseksi”*.⁷²

Ouluun perustettiin Lääketieteellinen kiltä (OLK) heti syyskuussa 1960. Killan tehtäväksi määriteltiin opiskelijoiden keskinäinen vapaa-ajan toiminta. Pyrkimyksenä oli johdattaa ylioppilaita ”kutsumustietoisuuteen” ja alan ammattikysymyksiin. OLK:n toimintaan otettiin mallia Turun ja Helsingin kandidaattiseuroilta. Erikoispiirteensä oli, että Oulussa opiskelijajärjestö perustettiin ennen tiedekuntaa, sillä ensimmäiset lääketieteen vt. professorit aloittivat vasta syksyllä 1962. Kun oululaismedisiinarit opiskelivat tällöin Turussa, professorit kutsuttiin sinne tutustumiskäynnille. Professori Klaus A. Järvinen on muistellut klinisten luentojen aloittamista sairaanhoitajaopiston asuntolan ahtaassa seurusteluhuoneessa: *”Tarkkaavaisempaa ja kiitollisempaa kuulijakuntaa en usko kenelläkään yliopisto-opettajalla olleen kuin nuo 20 ensimmäistä Oulun lääketieteellisen killan kandidaattia.”* Tiedekunta olikin alkuvaiheessaan pieni ja tiivis yhteisö, jossa opettajat ja opiskelijat tunsivat toisensa henkilökohtaisesti.⁷³

Kuten Turun tiedekunnassa aikoinaan, myös Oulussa opintoja leimasivat alkuvaiheessa tietyt hankaluudet, joita aiheutti erityisesti keskussairalahankkeen venyminen. Pieni lääninsairaala joutui pitkään toimimaan opetussairaalana, ja osa klinisten aineiden opetustiloista oli hankittava muualta. Tilaongelmien taustalla olivat muun muassa sairaalan rakennussuunnitelmien muuttuminen prosessin aikana ja pitkäaikainen kiista yliopiston sijoituspaikasta. Lääketieteelliset laitosrakennekset ja Oulun yliopistollinen keskussairaala valmistuivat vasta vuosina 1971–1975. Oululaismedisiinarit suorittivat prekliiniset opinnot Turussa aina vuoteen 1971 asti.⁷⁴ Koko 1960-luvun Oulun vuosikurssien koko oli 50 opiskelijaa, kun Turussa se oli vuodesta 1958 lähtien 80 ja Helsingissä vuodesta 1961 lähtien 180. Näin ollen kun lääkäritarve 1960-luvulla edelleen kasvoi, ei Oulun tiedekunta, josta ensimmäiset valmistuivat vuonna 1966, pystynyt tilannetta juurikaan parantamaan.⁷⁵ Vuonna 1971 Oulussa voitiin nostaa sisäänottomäärä 120:een.⁷⁶ Siinä Oulun tiedekunnalle asetetut tavoitteet onnistuivat, että suurin osa vuosina 1966–1969 valmistuneista sijoittui Ouluun tai muualle Pohjois-Suomeen.⁷⁷

Koska uuden lääketieteellisen tiedekunnan perustaminen oli hidasta ja tämä toki tiedostettiin valtionhallinnossa, lääkärin koulutusmäärän lisäämiseksi ryhdyttiin myös muihin toimiin. Sisäänottomääriä nostettiin vuonna 1958 Turussa ja vuonna 1960 Helsingissä. Lisäksi päätettiin pääjohtaja Niilo Pesosen aloitteesta ryhtyä lähettämään suomalaisia ylioppilaita lääkärikoulutukseen ulkomaille. Tä-

72 Niinimäki Timo: Jälkimmäisiä Turun-vierailusta. Kollega 1/1963, 44.

73 Niinimäki Timo: Oulun horisontista. Medisiinari 3/1962, 56–57; Oulun lääketieteellinen kiltä 1970. Järvisen kirjoitus on tässä kirjassa, jossa ei ole sivunumeroita; Oulun lääketieteellinen kiltä 2011, 10–15.

74 Salo 1998(b), 195–197, 204–205, 212, 214–217; Hulkko Antero: Oulun yliopistollinen keskussairaala. Kollega

75 Kalimo Hannu: Lääkärikoulutus Suomessa 1960-luvulla. Medisiinari 4/1970, 56–58; Oulun yliopiston lääketieteellisen tiedekunnan saattamista täyteen tehoonsa kiirehdittävä. SLL 35/1968, 3086–3087.

76 Salo 1998(c), 457.

77 Oulun lääketieteellinen kiltä 1970.

män mahdollisti vuonna 1960 hyväksytty laki opintolainan myöntämisestä lääkärintutkinnon suorittamiseksi ulkomailla. Ulkomailla opiskelusta muodostui pian merkittävä lääkärikoulutuksen väylä. Ensimmäisinä vuosina suomalaiset opiskelivat erityisesti Sveitsissä ja Tanskassa, myöhemmin myös muun muassa Itävallassa sekä Itä- ja Länsi-Saksassa. Lähtijät valitsi lääkintöhallitus, ja alkuvaiheessa heitä oli vuosittain 55–75. Valtion myöntämän korottoman opintolainan ehtona oli, että ulkomailta valmistunut sitoutui palaamaan Suomeen ja toimimaan ainakin neljä vuotta lääkärinä valtion, kunnan tai kuntainliiton palveluksessa. Opinnot kestivät yleensä kuusi ja puoli vuotta, ja niiden jälkeen oli vielä suoritettava Suomessa lääkintöhallituksen määräämä käytännön palvelu ja lisätentit ennen laillistamista. Käytännön palvelua vaadittiin, koska ulkomailla lääkärikoulutukseen kuului yleensä vähemmän harjoittelua kuin Suomessa.⁷⁸

Medisiinari- ja lääkärikunnassa suunnitelma opiskelijoiden lähettämisestä ulkomaille herätti aluksi epäluuloa ja vastustusta. Tähän liittyi huhupuheisiin perustuneita oletuksia ulkomaisen opetuksen alhaisemmasta tasosta ja siitä, että ulkomaille opiskelemaan lähteneet olivat useamman kerran epäonnistuneet kotimaisissa valintakokeissa. Tarkempia tietoja huhujen todenperäisyydestä ei ole, mutta ainakin osa oli yrittänyt kertaalleen hakea johonkin suomalaistiedekuntaan. Lisäksi epäluuloja herätti, että lääkintöhallitus ei tuonut julkisuuteen opiskelijoiden valintaperusteita.⁷⁹ Kandidaattiseuroissa todettiin kuitenkin heti, että ulkomailla opiskelevat olivat tulevia kollegoja ja heihin tuli luoda hyvät suhteet. Tärkeintä oli, että lääkärikunta säilyisi yhtenäisenä. Epäluuloa kuitenkin aiheuttivat monet avoimet kysymykset, jotka liittyivät ulkomailla opiskelevien mahdollisuuksiin hankkia käytännön työkokemusta kotimaassa lomien aikana, heidän ansioittensa arviointiin sekä alkuvaiheessa avoimeksi jätettyihin kysymyksiin muun muassa heiltä vaadittavasta harjoittelusta.⁸⁰ Harjoittelukysymys ratkaistiin niveltämällä ulkomailla opiskelleet mukaan kotimaiseen amanuenssijärjestelmään, jota laajennettiin yliopistosairaaloiden ulkopuolelle. Pakollinen amanuenssuuri nähtiin keinona hitsata ulkomailla opiskelleet osaksi suomalaista lääkärikuntaa ja luoda yhteishenkeä eri puolilla opiskelleiden välille.⁸¹

Ulkomaille lähtijöille asetettiin ehkä myös varsin korkeita vaatimuksia. Vuonna 1965 Turun yliopiston farmakologian professori Aimo Pekkarinen sai yksityistä reit-

78 Tiitta 2009, 329–331; Pesonen 1980, 667–668; Pesonen 1973, 29–31; Lääketieteen opiskelu ja lääkärin ura. SLL 14/1963, 825–841; Seppälä Jouko: Lääketieteen opiskelusta Sveitsissä. SLL 29/1965, 2048–2050; Mattila Kari, Niittykangas Hannu ja Ollila Olli-Pekka: Ulkomailla koulutetut suomalaiset lääkärit. SLL 13/1979, 1068–1074; Ulkomaille lähtijöiden määristä ks. Lääkäritarvetta ja koulutusmahdollisuuksia...osamietintö 1965, 31–32.

79 Pesonen 1973, 28–31; Taipale Ilkka: Göttingenin ylioppilaat. Medisiinari 1/1964, 17–23; Vieraalla maalla. Medisiinari 5/1963, 43–44.

80 Vieraassa maassa. Medisiinari 7/1960, 12; Sihteerin palsta. Medisiinari 1/1961, 42; Vieraalla maalla. Medisiinari 5/1963, 43–44; Lydecken Kivi: Kollegamme in spe. Medisiinari 5/1963, 45–48; Pääkirjoitus: Lailistettu lääkäri – Lääketieteen lisensiaatti. Medisiinari 8/1963, 7–8; Sihteerit. Medisiinari 9/1963, 74–76; Sulamaa Matti, pääkirjoitus: Amanuenssipalvelu ennen ja nyt. SLL 14/1968, 1252–1253.

81 TY lääket. tdk ptk 9.5.1967 (7§) liitteinen, TYKA; Puro Kari: Amanuenssilaista. Medisiinari 3/1965, 40–44; Ulkomailla opiskelevien asioista LKS:ssa. Medisiinari 7/1966, 8–13; Myös Lääket. tdk ptk 15.2.1966 (37§) liitteinen, HYKA; Amanuenssijärjestelmän kehityksestä ks. luku IV.2 (Kandidaatit...).

tiä tietoja siitä, että Baselin yliopistossa oltiin osittain tyytymättömiä suomalaisiin ja etenkin heidän kielitaitoonsa.⁸² Ensimmäisten ulkomaille lähteneiden suurimpana hankaluutena olivatkin juuri kielivaikeudet sekä käytännön asioiden järjestäminen ja koulutusjärjestelmien erilaisuuteen liittyneet asiat, kuten opiskelijoiden erilaiset pohjatiedot ja saksankielisissä maissa yliopisto-opetuksen laaja akateeminen vapaus.⁸³ Lisäksi opiskelijat joutuivat kohtaamaan ennakkoluuloja kotimaassaan. Göttingenin yliopisto oli yksi suomalaisten ensimmäisistä opiskelupaikoista. Siellä medisiinareiden tukena toimi suomalainen anatomian laitoksen assistentti Kivi Lydecken. Hän korosti ulkomailla opiskelun positiivisia puolia, kuten sen rikastuttavaa vaikutusta suomalaiseen lääkärikuntaan. Lydecken katsoi lähtijöiltä vaadittavan erityistä itsenäisyyttä ja kypsyyttä.⁸⁴ Göttingenissä vierailut lääket. yo. Ilkka Taipale havainnoi suomalaismedisiinarien yhteisöä tunnelmaltaan läheiseksi ja sydämelliseksi.⁸⁵ Eniten suomalaisopiskelijoita opiskeli Sveitsin yliopistoissa. He integroituihin hyvin yliopistoihin, mutta viettivät opiskelijaelämää omana ryhmänään. Vuonna 1961 Sveitsissä opiskelleet suomalaiset perustivat Appendix-nimisen opiskelijajyhdistyksen toimimaan opiskelijoiden edustajana, valvomaan heidän etujaan sekä järjestämään yhteistä vapaa-ajan toimintaa.⁸⁶

Vuonna 1967 lääkintöhallitus määräsi ulkomailla opiskelleille eripituiset harjoittelut opiskelupaikkakunnan mukaan siten, että Saksassa opiskelleiden harjoittelu-aika oli huomattavasti pidempi kuin Sveitsissä opiskelleiden. Tästä syntyi kiistaa yhtäältä Helsingin tiedekunnan ja koulutussairaalanuovottelukunnan sekä toisaalta lääkintöhallituksen välille. Etenkin tiedekunnassa olisi haluttu Sveitsissä opiskelleille pidempi harjoittelu.⁸⁷ Kun suomalaiset alkoivat palata kotimaahan suorittamaan laillistukseen vaadittavia harjoitteluja, julkaistiin alkuvuodesta 1968 *Ilta-Sanomissa* värikäs artikkeli, jossa kysyttiin, muodostuisiko Suomeen B-lääkäreiden luokka. Jutussa oli haastateltu professori Paavo Varaa, joka arvosteli Sveitsissä koulutettujen tasoa ja katsoi vaarana olevan alemman ”väliskäriluokan” muodostuminen lääkärikunnan sisälle. Vara vaati laajaa pakollista amanuenssuuria palaajille – tautalla oli edellä mainittu erimielisyys. Samassa artikkelissa LKS:n puheenjohtaja antoi Varan käsityksiä tukevan lausunnon.⁸⁸ Juttu aiheutti runsaasti pahaa mieltä. Ulkomaisten yliopistojen kasvatteja puolusti lääkintöhallituksen pääjohtaja Niilo Pesonen.⁸⁹ Myös Lääkäriliiton valtuuskunnan puheenjohtaja Matti Sulamaa ärähti Lääkärilehden pääkirjoituksessa: ”*Yliammutuksi nurkkapatriotismin kukkaseksi on*

82 Pekkarisen kirje lääkintöhallitukselle liitteenä TY lääket. tdk ptk 21.9.1965 (8§), TYKA.

83 Fem i Århus: Landsflyktiga medicinare i Århus... Medisiinari 5/1961, 36–41; Hagström M: ...och Zürich. Medisiinari 5/1961, 41–42; Seppälä Jouko: Alku aina hankalaa... Medisiinari 6/1962, 42–45.

84 Lydecken Kivi: Göttingenin ylioppilaat. Medisiinari 5/1963, 45–48.

85 Taipale Ilkka: Göttingenin ylioppilaat. Medisiinari 1/1964, 17–23; Ahonala 2009, 22–23.

86 Ahonala 2009, 54, 79.

87 Pidempää palvelua oli alun perin ehdottanut koulutussairaalanuovottelukunta, jonka esitystä kannattivat Helsingin ja Oulun tiedekunnat, mutta Turun tiedekunta taas puolsi lyhyempää palvelua Sveitsistä valmistuneille. TY lääket. tdk ptk 9.5.1967 (7§), 6.9.1967 (6§), 19.9.1967 (12§) liitteineen, TYKA.

88 Kiista sveitsiläisestä lääkärikoulutuksesta. Onko Suomeen tulossa lääkäreiden B-luokka? *Ilta-Sanomat* 18.1.1968, 8.

89 Pääjohtaja Niilo Pesonen: Sveitsissä valmistuneet eivät ole B-lääkäreitä. *Ilta-Sanomat* 19.1.1968, 16; Myös Pesonen 1973, 31–32; Ahonala 2009, 97–99.

*käsitettävä vertaus uudesta välskäräkunnasta, jota edustavat lääkäritutkintonsa ulkomaiden yliopistoissa suorittaneet kollegat.*⁹⁰ Epäluulot pääosin haihtuivat, kun ensimmäiset – lähinnä Sveitsissä opiskelleet – lääkärit tulivat Suomeen suorittamaan harjoittelujaan ja töihin. Joidenkin osaksi tuli tosin myös negatiivisia kokemuksia syrjinnästä. Kuitenkin Sveitsissä koulutettujen teoreettista osaamista pidettiin monesti suomalaisia parempana.⁹¹

Vuonna 1979 tehty selvitys ulkomailla koulutettujen lääkärien sijoittumisesta osoitti heidän integroituneen hyvin suomalaiseen terveydenhuoltojärjestelmään ja lääkärikuntaan. Selvityksessä nähtiin opiskelijoiden lähettäminen ulkomaille onnistuneena ratkaisuna. Suosituinta opiskelu oli 1960-luvulla, jolloin lähtijöiden määrät vaihtelivat vuosittain 60:stä 100:aan. Ulkomaille lähtemiseen oli vaikuttanut eniten suuri kiinnostus lääketieteen opintoja kohtaan ja opiskelumahdollisuuksien vähäisyys kotimaassa. Lähtijöistä 92 prosenttia palasi kotimaahan työskentelemään. Suurimpia vaikeuksia olivat olleet opiskelu vieraalla kielellä ja opintojen rahoitus. Vuoden 1977 loppuun mennessä maan lääkäreistä 7,6 prosenttia oli koulutettu ulkomailla – lähes puolet oli opiskellut Sveitsissä. Vaikka laillistettuja oli noin 600, jopa 350 oli keskeyttänyt ulkomaiset lääketieteen opintonsa. Selvityksen tuloksena oli myös, että lääkärit olivat sijoittuneet suomalaisopiskelijoihin verrattuna tasaisemmin eri puolille maata.⁹²

Lääkärien koulutusmäärien kehityksen dynamiikasta voi tehdä joitain yleisiä huomioita. Vuodesta 1933 aina 1950-luvun puoliväliin saakka Helsingin yliopiston lääketieteellinen tiedekunta pystyi hyvin itsenäisesti määrittelemään maassa koulutettavien lääkärien määrän varsinkin, kun Turun tiedekunta oli pitkään riippuvainen Helsingin kandidaattikoulutuksesta. Minkäänlaista keskitettyä suunnittelua ei ollut, ja yliopistot päättivät opiskelijamäärästä autonomiansa puitteissa. Helsingin lääketieteellisen tiedekunnan pöytäkirjojen perusteella sisäänottomäärien lisääminen vaikuttaa olleen tiedekunnalle lähinnä käytännöllinen kysymys. Taustalla on luultavasti ollut monitahoista keskustelua, jonka kulkua voi lähinnä arvailla: osa professoreista on ehkä katsonut lääkäripulaa liioitellun, osa taas mahdollisesti pelännyt oppiaineidensa työskentelyedellytysten puolesta ja osalla lienee ollut aitoa huolta koulutuksen antamasta pätevyydestä. Tiedekunnat näkivät opiskelijamäärän lisäämisen ensisijaisesti kysymyksinä opetusresursseista ja opetuksen tasosta. Lääkäriliitto taas käytti tilanahtautta yhtenä argumenttinaan ja muistutti usein opetusresurssien takaamisesta lääkärien ammattitaidon säilyttämiseksi⁹³. Paineet medisiinarimäärän lisäämiseen kasvoivat kuitenkin 1950-luvun jälkipuoliskolla, ja vuonna 1954 Niilo Pesosen johtaman valtionkomitean myötä lääkintöhallituksen

90 Sulamaa Matti, pääkirjoitus: Aمانuئssipالvlu ئنئن ئا ئئ. SLL 14/1968, 1252–1253.

91 Ahonala 2009, 100–105.

92 Mattila Kari, Niittykangas Hannu ja Ollila Olli-Pekka: Ulkomailla koulutetut suomalaiset lääkärit. SLL 13/1979, 1068–1074.

93 Esim. Lääkäriliiton valtuuskunnan ptk 2.4.1960 (6\$), 14.5.1966 (7\$), SLA; Siirala Urpo: Vuoden 1955 Turun lääkäripäivien avaussanat. SLL 1/1956, 1–6; Lääkäripula, sen syyt ja terapia. SLL 13/1958, 611–618.

painoarvo lääkärimäärän ohjaajana kasvoi selvästi.⁹⁴ Vähitellen lääkintöhallitus alkoi saada tukea poliittiselta tasolta. Vuosikymmenen vaihteessa oli jo selvää, että lääkärimäärän ohjaaminen oli siirtynyt keskitetyn suunnittelun piiriin, jossa operoivat lääkintöhallitus, valtion komiteat ja yleisen korkeakoulupolitiikan suunnittelijat.

* * * * *

1960-luvun alussa medisiinarien kasvatuksessa on nähtävissä lääkintäpoliittinen käänne, jota medisiinarit itse olivat keskeisesti tuottamassa. Taustalla oli kansanterveysajattelun läpimurto suomalaiseen yhteiskunnalliseen keskusteluun ja sen mukaiset muutokset lääkärin työn sisällöissä ja puitteissa. Tavoitteeksi asetettiin koko kansan saattaminen tehokkaammin lääkintäpalvelusten piiriin. Tämä merkitsi valtion suunnittelun ja ohjauksen lisääntymistä terveydenhuollossa. Sairausvakuutus toteutettiin ja lääkäripulaan puututtiin nostamalla koulutusmääriä, perustamalla Oulun yliopistoon lääketieteellinen tiedekunta ja aloittamalla suomalaisopiskelijoiden lähettäminen ulkomaille lääkärikoulutukseen. Lääkärin työn osalta ryhdyttiin kehittämään avoterveydenhuoltoa, ehkäisevää lääketiedettä ja kansanterveysajattelua. Tämä muutti jälleen ammattikunnan itseymmärrystä. Etenkin nuori medisiinariolvi sitoutui hyvinvointivaltion aatteeseen ja edusti näin radikalismia lääkärikunnan sisällä. Ammatin yhteiskunnallistaminen merkitsi haastetta perinteiselle medisiinarien kasvatustehtävälle, johon liitettiin nyt sosiaalinen ajattelu ja yhteiskunnallinen aktiivisuus.

94 Pesonen on muistelmissaan syyttänyt tiedekuntia hitaasta reagoinnista lisäsehdotuksiin, ks. Pesonen 1973, 27.

2. Kasvavan ja erikoistuvan lääkärikunnan koulutus

Kandidaatit opintouudistuksen tekijöinä

Loppuvuodesta 1957 Helsingin lääketieteellisessä tiedekunnassa herätettiin dekaani Ilmari Vartiaisen aloitteesta henkiin opiskelijoiden ja opettajien yhteinen opintokollegio. Alun perin vuonna 1953 perustettu opintoasioita käsittelevä kollegio ei ilmeisesti koskaan ollut kokoontunut. Kandidaattien aloitteellisuus opintoasioiden parantamiseksi ja tiedekunnan halu kuunnella opiskelijoita oli kuitenkin säilynyt, sillä opintoasioita oli vuosien varrella käsitelty vanhaan tapaan tiedekunnan kokouksissa usein LKS:n aloitekirjeiden pohjalta.⁹⁵ Kollegion herättämiseen vuonna 1957 vaikutti tarve uudistaa opinto-ohjelmaa ja muodostaa opintoasioiden käsitteilyä varten pysyvä elin. Taustalla oli luultavasti myös medisiinarien lobbausta, sillä vielä vuoden alussa LKS:n puheenjohtaja Jaakko Perheentupa valitti, että opinto- ja ammatillisissa asioissa opiskelijoiden mielipide painoi vähän.⁹⁶ Juuri vuonna 1957 *Medisiinarin* palstoilla voimistuivat vaatimukset uudistaa opintoja ja toivomukset, että opiskelijoiden mielipiteet otettaisiin huomioon.⁹⁷ Medisiinarien aktiivisuudesta kertoo myös, että samana vuonna kandidaattiseurojen aloitteesta amanuenssi- ja poliklinikkapaikkojen haku keskitettiin LKS:n toimistoon. Aiemmin paikkoja oli haettu suoraan eri klinikoilta.⁹⁸ Luultavasti kandidaattien aktiivisuudella ja yhteistyöllä tiedekunnan kanssa tässä ja muissakin asioissa oli merkitystä opintokollegion virkoamiseen.⁹⁹ Tiedekunta valitsi loppuvuodesta omat jäsenensä kollegioon, ja Vartiaisen lisäksi siihen tulivat professorit Olavi Eränkö ja Niilo Hallman sekä tiedekunnan notaari, tullineuvos Aimo Puolanne.¹⁰⁰ Uusi, vain lääketieteellisen linjan asioita käsittelevä kollegio alkoi kokoontua säännöllisesti heti vuoden 1958 alusta.¹⁰¹

Opiskelijoiden suhteet tiedekuntaan tiivistyivät opintokollegion heräämisen myötä. Tämä tuli pian näkyviin klinisen opinto-ohjelman uudistamistyössä, jossa kandidaatit saivat keskeisen roolin. Uudistus käynnistettiin, koska opintojärjestelmää pidettiin vanhentuneena. Lääketiede oli laajentunut ja erikoistuminen lisääntynyt, mikä oli johtanut uusien luentosarjojen lisäämiseen opinto-ohjelmaan,

95 LKS kirjelmöi tiedekunnalle usein eri kurssien käytännön järjestelyistä, kuten töiden jakautumisesta, potilasmääristä jne. Esim. lääket. tdk ptk 1.2.1955 (71\$), 3.5.1955 (38\$), 14.2.1956 (36\$) liitteineen, HYKA.

96 Puheenjohtajan sana. *Medisiinari* 1/1957, 42–43.

97 L. K.: Nuoli sumuun. *Medisiinari* 3/1957, 69–71; Sihteerin palsta. *Medisiinari* 6/1957, 42, J. P., pääkirjoitus: Opettajan vastuu. *Medisiinari* 7/1957, 7; Pääkirjoitus: Kypsytydestä. *Medisiinari* 1/1958, 9.

98 Lääket. tdk ptk 13.12.1955 (24\$), 22.5.1956 (33\$), 13.11.1956 (39\$), 15.1.1957 (54\$), 29.1.1957 (69\$), 12.2.1957 (23\$) liitteineen, HYKA; Myös Sihteerin palsta. *Medisiinari* 2/1956, 30–31, Pääkirjoitus: Amanuenssuisuureista. *Medisiinari* 3/1957, 8; Mäkimattila 1958, 56.

99 LKS:n vuoden 1958 puheenjohtaja Erik Klinge laski edellisen vuoden saavutuksiksi opintokollegion uudelleenperustamisen, amanuenssuurien hakusysteemin uudistamisen, lastentautiopin propedeuttisen kurssin järjestämisen ja uuden kladiehdotuksen tekemisen. Ks. Uutta puheenjohtajaa puhuttamassa. *Medisiinari* 1/1958, 16–17.

100 Lääket. tdk ptk 17.12.1957 (45\$), HYKA; Sihteerin palsta. *Medisiinari* 1/1958, 34–35; Myös Klinge 1990, 293.

101 LKS:n toimintakertomus vuodelta 1957. *Medisiinari* 3/1958, 14–31.

jolloin ryhmäopetus ja käytännöllinen harjoittelu olivat jääneet vähemmälle. Kansainvälisesti vertailtuna luentojen määrä oli Helsingin lääketieteellisessä tiedekunnassa suuri, ja ryhmäkoot kliinisillä kursseilla olivat selvästi suuremmat kuin esimerkiksi Ruotsissa.¹⁰²

Tärkeä sysäys kliinisten opintojen uudistamiseen oli, että keväällä 1958 lääkintöhallituksessa ja eduskuntapiireissä nousi jälleen esille kysymys opiskelijamäärän lisäämisestä Helsingin yliopiston lääketieteellisessä tiedekunnassa. Tiedekunta perusti välittömästi komitean tutkimaan mahdollisuuksia. Professori Väinö Seiron johtama komitea jätti pian lyhyen muistion asiasta, jossa todettiin opiskelijamäärän vuotuisen lisäämisen 120:stä 180:een olevan mahdollista, mutta vaativan joko kolmeen lukukauteen siirtymistä tai kurssin jakamista kahdeksi rinnakkain opiskelevaksi ryhmäksi (rinnakkaiskurssijärjestelmä). Tiedekunta puolsi kolmen lukukauden suunnitelmaa, ja muistio lähetettiin opintokollegiolle.¹⁰³ Kun suoria vaatimuksia opiskelijamäärän lisäämiseksi ei tässä vaiheessa tullut, mihinkään toimiin ei ryhdytty. Tietyissä mielessä painostus opiskelijamäärän lisäämiseen vaikutti kuitenkin opintojen uudistamishankkeeseen. Vaikka tavoitteena oli tehostaa ja modernisoida opintoja, tiedekunta vaikuttaa myös varautuneen siihen, että opiskelijamäärää olisi lähivuosina nostettava.

Ensin tehtiin muutoksia opintoihin prekliinisessä vaiheessa. Opintojärjestystä tehostettiin, työmäärää jaettiin tasaisemmin ja laadittiin aiempaa selkeämpi luku-järjestys. Tämä oli tärkeä muutos, sillä tämä opiskeluvaihe oli perinteisesti ollut vapaammin suunniteltavissa. Perusluonnontieteille varattu aika lyheni entisestään. Lisäksi kuulustelujen ja töiden suorittaminen asetettiin etenemisen ehdoksi, mikä osoittaa, että sujuvan etenemisen merkitys korostumassa.¹⁰⁴ Vuosina 1958–1959 opintokollegio teki alustavia suunnitelmia uudeksi kliinisten opintojen ohjelmaksi. LKS:n edustajat olivat aktiivisia ja tekivät pohjatyötä järjestämällä neuvotteluja professorien kanssa. Tavoitteena oli luoda tarkoin määritelty lukujärjestys, sillä aiemmin opinto-ohjelma oli lähinnä kulkenut ”perimätietona isännältä toiselle”.¹⁰⁵ Opintokollegion ensimmäinen mietintö käsiteltiin tiedekunnassa keväällä 1960. Kolmen lukukauden järjestelmän sijaan esitettiin lukukausien pidentämistä. Uudistuksen johtava periaate oli kehittää kandidaattien valmiuksia toimia käytännön lääkäreinä. Tämä merkitsi sairaalatyöskentelyn painottumista sekä yksittäisillä kliinisillä kursseilla että muuttamalla pakollinen amanuenssuuri kiertäväksi, 10–12 kuukauden mittaiseksi – mallina oli amerikkalainen ”*rotating internship*”. Opinto-

102 Heinonen Olli: Uusi opetus. Medisiinari 3/1961, 10–18; Konsistorille jätetty ehdotus uudeksi opinto-ohjelmaksi, liitteenä lääket. tdk ptk 17.1.1961 (81\$), HYKA; Kansainvälisiä vertailuja luentojen määrästä ja ryhmäkoosta esitti myös lääket. kand. Juhani Hyvärinen raportoidessaan IFMSA:n opintoasioiden konferenssista, Hyvärinen J.: Eräitä näkemyksiä lääketieteen opetuksesta Suomessa ja muualla. Medisiinari 2/1961, 36–42.

103 Lääket. tdk ptk 1.4.1958 (43\$), 15.4.1958 (33\$), 27.5.1958 (35\$), 15.3.1960 (37\$) liitteineen, HYKA.

104 Lääket. tdk ptk 19.11.1957 (32\$), 11.2.1958 (20–21\$), 25.2.1958 (18\$) liitteineen, HYKA; Myös Uusittu prekliininen opetus. Medisiinari 3/1958, 47–50.

105 Tapahtui 1958. LKS:n toimintakertomus. Medisiinari 3/1959, 19–37; LKS 1960 (toimintakertomus vuodelta 1959). Medisiinari 3/1960, 18–46; Lainausta artikkelista: Pääsihteeri: Jollet siis ole käynyt 'Kempin baarissa', tee se mitä pikimmiten. Medisiinari 2/1960, 33.

aika oli tarkoitus pitää ennallaan tiivistämällä ja pidentämällä kursseja.¹⁰⁶ Tiedekunnassa ehdotus otettiin vastaan pääsääntöisesti positiivisesti.¹⁰⁷

Uudessa suunnitelmassa painottui klinikkatyöskentely: opetusta annettaisiin enemmän sairastuvuoteiden äärellä ja pienemmissä ryhmissä. Avainsanoja olivat henkilökohtainen ohjaus ja itsenäinen harjoittelu. Ryhmäopetuksen painottaminen oli kansainvälinen lääkärikoulutuksen trendi, ja mallia oli haettu Yhdysvalloista ja Ruotsista.¹⁰⁸ Tehokkuusajattelua ilmensi periaate, että klinikoissa opetus tapahtuisi ”ehyiden, kliinisen työpäivän puitteissa”, jolloin apulaisopettajien ja muun henkilökunnan antamaa ryhmäopetusta pystyttäisiin helpommin järjestämään. Opiskelijan vastuuta taas ilmensi itseopiskelun painottaminen.¹⁰⁹ Ehdotukset olivat opiskelijoiden toiveiden mukaisia. Kandidaatit hakivat myös itse aktiivisesti kansainvälisiä vaikutteita. Lääket. kand. Juhani Hyvärinen vertaili eri maiden opetusjärjestelmiä *Medisiinari*-lehdessä alkuvuodesta 1961 osallistuttuaan IFMSA:n opintoasiain konferenssiin. Hyvärinen arvosteli suomalaisen lääkärikoulutuksen vähäistä opettajamäärää ja luentopainotteisuutta. Klinikkatyöskentely oli ”*tunnetusti välttämätön paha, joka luentojen rasittaman kandidaatin täytyy hoitaa iltatunteina*”. Skandinaviassa ja Englannissa oli enemmän ryhmäopetusta, ja oppimismuotona se oli huomattavan tehokas. Konferenssissa nousi esille myös opettajien pedagoginen koulutus, opetuksen koordinointi ja prekliinisten opintojen lähentäminen lääkärin työhön. Hyvärinen toi myös esille, miten kehittynyttä opintoyhteistyötä oli Englannin ja Skandinavian yliopistoissa, erityisesti Ruotsissa.¹¹⁰ Monia samoja kysymyksiä käsiteltiin samana vuonna SYL:n korkeakoulupoliittisilla neuvottelupäivillä.¹¹¹

Syksyllä 1960 lääkintöhallitus tiedusteli jälleen Helsingin tiedekunnalta mahdollisuuksia lisätä opiskelijoiden määrää. Lääkintöhallitus vetosi Lääkäriliiton valtioneuvostolle tekemään esitykseen komitean asettamisesta tutkimaan lääkäritarvetta ja koulutuksen kehittämistä, mikä oli luultavasti keino hakea taustatukea asiassa.¹¹² Tiedekunta vaikuttaa olleen valmistautunut esitykseen ja paine opiskelijamäärän lisäämiseen oli selvästi suuri, koska asia päätettiin käsitellä kiireellisesti.¹¹³ Marraskuussa tiedekunta teki päätöksen ottaa syyslukukaudesta 1961 alkaen 90 opiskelijaa lukukaudessa (aiemmin 60). Ehdoksi asetettiin tietyn rakennusohjelman toteutuminen sekä opettajavoimien ja opetusvälineiden lisääminen. Samalla tiedekunta päätti kiireellisesti uudistaa kliinisen opetusohjelman aiempien suunnit-

¹⁰⁶ Lääket. tdk ptk 15.3.1960 (37§) liitteineen, HYKA.

¹⁰⁷ Hygienian professori Woldemar Lojander tosin oli toivonut radikaalimpaa uudistusta. Lojanderin mielipide liitteenä lääket. tdk ptk 27.9.1960 (50§), HYKA.

¹⁰⁸ Professori Niilo Hallmanin kirje tiedekunnalle liitteinä lääket. tdk ptk 27.9.1960 (50§), HYKA; Myös konsistorille jätetty ehdotus uudeksi opinto-ohjelmaksi, liitteinä lääket. tdk ptk 17.1.1961 (81§), HYKA.

¹⁰⁹ Lääket. tdk ptk 15.3.1960 (37§) liitteineen, HYKA; Myös itseopiskelu oli kansainvälinen lääkärikoulutuksen trendi, ks. WHO: Internationally Acceptable Minimum Standards of Medical Education 1962, 27.

¹¹⁰ Hyvärinen J.: Eräitä näkemyksiä lääketieteen opetuksesta Suomessa ja muualla. *Medisiinari* 2/1961, 36–42.

¹¹¹ Eskola 2002, 245–246.

¹¹² Lääket. tdk ptk 13.9.1960 (55§) liitteineen, HYKA.

¹¹³ Lääket. tdk ptk 27.9.1960 (50§), HYKA.

telmien pohjalta. Uusi opinto-ohjelma perustuisi rinnakkaiskurssijärjestelmään.¹¹⁴ Nyt opinto-ohjelman suunnittelutyöstä muodostui laaja ja kauaskantoinen hanke, kuten dekaani Sakari Mustakallio totesi.¹¹⁵ Kandidaatit valjastettiin kiinteästi mukaan suunnittelutyöhön, ja opintokollegion kandidaattijäsenistä tuli avustajia opintosuunnitelmatoimikunnan toimistoon. Vaikka opiskelijat alun perin vastustivat sisäänottomäärien lisäämistä, he iloitsivat nyt siitä, että tiedekunta oli osoittanut *”suurta mielenkiintoa ja aktiviteettia opintoasioita kohtaan”* ja ymmärrystä opinto-yhteistyölle tarjoamalla kandidaateille mahdollisuuden osallistua suunnitelman tekoon.¹¹⁶

Opintouudistuksessa lääkärikoulutuksen tavoitteeksi määriteltiin edelleen antaa edellytykset toimia yleislääkärinä. Kliinisten opintojen pääpaino oli käytännön koulutuksessa, ja luentojen määrää oli tarkoitus vähentää. Kliiniset kurssit jaettiin kahteen 45 kandidaatin rinnakkaisryhmään – luennot kuunneltiin yhdessä. Mahdollisuudet osastotyöskentelyyn paranivat, kun ryhmäkokoja saatiin pienennettyä. Kuvassa 1 näkyy esimerkki uuden opinto-ohjelman mukaisesta medisiinarien työpäivästä. Kansainvälisiä lääkärikoulutuksen trendejä ilmensi myös kliinisten opintojen alkuun sijoitettu teoreettinen välittävä vaihe (I propedeuttinen lukukausi) ennen varsinaisen klinikkapalvelun aloittamista¹¹⁷. Kliinisten kurssien päätyttyä oli suoritettava 10 kuukauden amanuenssuuri, johon sisältyi kuusi kuukautta sisätautien ja kirurgian osastoilla. Amanuenssuurin saattoi suorittaa yliopistosairaaloiden ulkopuolella ja vapaavalintaisen osuuden myös yliopiston teoreettisissa laitoksissa. Amanuensseille oli tarkoitus antaa myös opetusta.¹¹⁸ Mallia propedeuttisen lukukauden luomiseen ja kiertävän amanuenssuurin järjestämiseen otettiin Ruotsista, jossa vastaavat elementit olivat osa opinto-ohjelmaa.¹¹⁹ Tiedekunta hyväksyi uuden opinto-ohjelman joulukuussa 1960.¹²⁰ Samalla tiedekunta esitti konsistorille sen toteuttamiseen tarvittavien uusien virkojen ja toimien perustamista.¹²¹

114 Lääket. tdk ptk 8.11.1960 (32§) liitteineen, HYKA.

115 Mustakallion kirje liitteenä lääket. tdk ptk 22.11.1960 (37§), HYKA.

116 Sihteeri. Medisiinari 8/1960, 41–42; Sihteerin palstat: Opiskelijamäärän lisääminen ja talouskokous. Medisiinari 9/1960, 25–29; Lääket. tdk ptk 22.11.1960 (37§) liitteineen, HYKA; Heinonen Olli: Uusi opetus. Medisiinari 3/1961, 10–18; Tiedekunta antoi tunnustusta kandidaattien panoksesta LKS:n vuosijuhlalla keväällä 1961, ks. LKS:n 28-vuotisjuhlaa. Ylioppilaslehti 13/1961, 13.

117 Tällaista propedeuttista kliinistä kurssia suositeltiin lääketieteen koulutuksen maailmankongressissa vuonna 1953, ks. Conclusions and results of the first world conference on medical education. BMJ Sept. 5, 1959, 324–325.

118 Opetusohjelmaehdotus liitteenä lääket. tdk ptk 22.11.1960 (37§), HYKA; Konsistorille jätetty ehdotus uudeksi opinto-ohjelmaksi liitteenä lääket. tdk ptk 17.1.1961 (81§), HYKA; Heinonen Olli: Uusi opetus. Medisiinari 3/1961, 10–18.

119 Ks. esim. WHO: Internationally Acceptable Minimum Standards of Medical Education 1962, 20.

120 Lääket. tdk ptk 7.12.1960 (30§), 20.12.1960 (50§) liitteineen, HYKA.

121 Konsistorille jätetty ehdotus uudeksi opinto-ohjelmaksi liitteenä lääket. tdk ptk 17.1.1961 (81§), HYKA.

Kaavio sisätautiopin lukukauden päiväohjelmasta							
Kevätlukukausi							
	7. 1.	tammi	helmi	maalis	huhti	touko	31. 5.
Klo							
8	PROFESSORIEN LUENNOT				APUL.PROF. LUENNOT		
9							
10							
11	KIERROT						
12							
13	Ruokailu						
14							
15	Ryhmäopetusta (apul.professorit, apul.opettajat)						
16							
17	NEUROLOGIALLE JA ERIKOISKURSSEILLE VARATTU AIKA						
18							
19	OSASTOTYÖTÄ JA KIERTO OSALLA KURSSIA						
Syyslukukausi							
	1. 8.	elo	syys	loka	marras	joulu	21.12.
APUL.PROF. LUENNOT				PROFESSORIEN LUENNOT			

Kuva 1. Uuden opintosuunnitelman mukainen kandidaatin työpäivä.¹²²

Opintouudistus oli kauaskantoinen hanke myös tiedekunnan hallinnon kannalta. Uusi järjestelmä edellytti enemmän koordinaatiota, tarkkaa lukujärjestystä, opinto-ohjausta ja valvontaa. Tämä merkitsi murrosta opintojen järjestelyissä, sillä perinteisesti opetusta oli koordinoitu vähän, dosenttien luennointivapaus oli ollut laaja ja isäntien velvollisuutena oli ollut järjestää kurssinsa opinnot. Nyt lääketieteellinen tiedekunta katsoi – ensimmäisenä koko yliopistossa –, että uuden opetusohjelman toteuttamisen vaati erillistä opintohallintoa. Tiedekunta esitti konsistorille, että dekaani vapautettaisiin kautensa ajaksi opetusvelvollisuudesta ja hänen avukseen järjestettäisiin opintotoimisto, johon palkattaisiin opintosihteerit.¹²³ Mallia otettiin Ruotsista.¹²⁴ Opintotoimiston tehtäväksi tuli koota ja välittää tietoa opetuksesta, kurssikirjoista ja kuulustelujen ajankohdista. Lisäksi toimisto huolehti siirtymävaiheen järjestelyistä.¹²⁵ Opintotoimisto perustettiin vielä vuoden 1961 aikana, ja opintosihteeriksi palkattiin LKS:n aktiivi ja opintokollegion jäsen lääket. kand. Olli Heinonen.¹²⁶ Tämän jälkeenkin opintosihteerit rekrytoitiin kan-

¹²² Heinonen Olli: Uusi opetus. Medisiinari 3/1961, 10–18.

¹²³ Konsistorille jätetty ehdotus uudeksi opinto-ohjelmaksi liitteinä lääket. tdk ptk 17.1.1961 (81§), HYKA; Sihteerin palstat: Opiskelijamäärän lisääminen ja talouskokous. Medisiinari 9/1960, 25–29.

¹²⁴ Ks. Hyvärinen J.: Eräitä näkemyksiä lääketieteen opetuksesta Suomessa ja muualla. Medisiinari 2/1961, 36–42.

¹²⁵ Lääket. tdk ptk 9.5.1961 (51§), 22.5.1962 (59§) liitteineen, HYKA.

¹²⁶ Lääket. tdk ptk 19.12.1961 (37§) liitteineen, HYKA; Näin toimittiin 1961. Medisiinari 3/1962, 30–44.

didaateista.¹²⁷ Opintotoimiston perustamisen myötä kandidaattiseurojen ja isäntien rooli opintojen organisoinnissa väheni. Opintotoimistolle siirtyi opintoneuvonta ja vuoden 1963 alusta amanuenssi- ja poliklinikkapaikkojen välitys.¹²⁸

Opintohallinnon luominen sysäsi eteenpäin tiedekunnan hallinnon uudistamista laajemminkin ja tuotti uutta toimintakulttuuria.¹²⁹ Tämä oli myös välttämättöntä, sillä lääketieteellinen tiedekunta kasvoi opettajamäärältään yliopiston suurimmaksi: vuonna 1963 varsinaisia ja kiinteitä ylimääräisiä professuureja oli 36.¹³⁰ Opintouudistuksen myötä tiedekunta sai 1960-luvulla useita apulaisprofessoreita, joiden opetusvelvollisuudesta säädettiin asetuksessa. Apulaisprofessoreja tuli kaikkiin keskeisiin oppiaineisiin, myös sellaisiin, joissa ei ollut professuuria, kuten sosiaalilääketieteeseen.¹³¹ Lisäksi tiedekunnassa oli apulaisopettajia, joiden tehtävät ryhmäopetuksen antamisessa opintokollegio määritteli käytännöllisessä hengessä: opetuksessa oli painotettava diagnostiikkaa, diagnostisia menetelmiä ja tärkeimpiä hoitotoimenpiteitä.¹³² Tiedekunnassa oli myös eniten dosentteja yliopistossa. 1960-luvulla dosenttien opetusaikoja ja -aiheita alettiin koordinoida oppiaineiden tasolla, mutta koordinoinnin tehokkuus luultavasti vaihteli hyvin paljon klinikalta toiselle.¹³³

Uuteen opinto-ohjelmaan siirtymisen edellytti, että lääketieteellisen tiedekunnan rakennusohjelma etenisi aikataulussaan. Koska opiskelijamäärää oli lisätty nopealla aikataululla, rakennustöiden läpivieminen ja opettajavoimien lisääminen oli erityisen tärkeää. Tiedekunta joutuikin tästä useamman kerran huomauttamaan.¹³⁴ Kliiniset oppiaineet oli päätetty keskittää Meilahteen ja prekliiniset Siltavuorenpenkereelle, jonne valmistui vuonna 1961 uusi laitosrakennus lääketieteellisen kemian, farmakologian sekä tiedekunnan kemian ja fysiikan perusopetuksen laitoksia varten.¹³⁵ Näin kemian ja fysiikan opetus siirtyivät vihdoin tiedekunnan omiin käsiin. Uutta sisätautien ja kirurgian keskussairaala oli saatu Helsingissä odottaa pitkään, sillä eduskunta oli 1950-luvulla asettanut etusijalle maakuntien keskussairaalahankkeet. Lääkintöhallituksen pääjohtaja Niilo Pesonen oli kyllä useasti huomauttanut, että sairaalarakentamishjelmaa oli turha edistää ennen kuin opetussairaalat olisivat kunnossa, sillä muuten uusiin sairaaloihin ei saataisi lääkäreitä – tilanne oli huono myös Turussa. Vasta yliopistollisten keskussairaaloiden perustaminen vuoden 1956 lain turvin edisti suunnitelmia. Meilahteen valmistui lopulta vuonna 1965 HYKS:n 15-kerroksinen päärakennus sisätautien, kirurgian, neurolo-

127 Teir Harald: Lääketieteen opiskelijoiden ja opettajien väliset suhteet kahden vuositiun aikana. *Medisiinari* 3/1974, 36–75.

128 Lääket. tdk ptk 18.12.1962 (13\$), HYKA; Vuosi 1962 (LKS:n toimintakertomus). *Medisiinari* 3/1963, 43–54.

129 Lääket. tdk ptk 2.3.1965 (54\$), 13.9.1966 (12–14\$), 12.9.1967 (14\$) liitteineen, HYKA.

130 Klinge ja Leikola 1990, 367, 392; Professuureista tarkemmin ks. liite 4 Lääketieteen professorit 1930–1969.

131 Lääket. tdk ptk 28.5.1964 (74\$), 16.3.1965 (49\$), 13.4.1965 (47\$) liitteineen, HYKA; Klinge 1990, liitteet. Vuonna 1963 entisistä apulaisista tuli apulaisprofessoreita.

132 Lääket. tdk ptk 23.10.1962 (38\$), 6.11.1962 (36\$) liitteineen, HYKA.

133 Lääket. tdk ptk 9.4.1963 (50\$) liitteineen, HYKA.

134 Lääket. tdk ptk 30.5.1961 (49\$), 25.9.1962 (59\$–60\$), 2.3.1965 (49\$) liitteineen, HYKA.

135 Teir Harald: Helsingin yliopiston uusi lääketieteellinen laitosrakennus. *Medisiinari* 8/1961, 8–27.

gian ja keuhkotautien klinikoineen. Vuonna 1966 valmistui uusi lääketieteen teoreettisten laitosten rakennus alueelle.¹³⁶

Lääketieteen koulutuksen kurssimaisesta luonteesta johtui, että opintouudistuksen toteutumiseen kului vuosia. Uusi ohjelma tuli koskemaan syksyllä 1961 opintonsa aloittaneita ylioppilaita, joita valittiin 90.¹³⁷ Ensin nivottiin prekliiniset opinnot järjestelmään.¹³⁸ Vasta vuosina 1963–1965 hyväksyttiin opetusohjelmat kliinisille lukukausille.¹³⁹ Opiskelijamäärän lisäys oli sen verran tuntuva, että kun samaan aikaan haluttiin toteuttaa laadullisia uudistuksia koulutuksessa, kandidaattien opintojen sujuva ja tasainen eteneminen oli avainasemassa. Opintojen viivästyminen prekliinisessä vaiheessa aiheuttikin heti jonotusta.¹⁴⁰ Vaikuttaa kuitenkin siltä, että uudistuksen tavoite pienryhmäopetuksen lisäämisestä toteutui. Lääketieteellisessä tiedekunnassa oli vähiten opiskelijoita opettajaa kohden koko yliopistossa, ja tilanne parani entisestään vuodesta 1962 vuoteen 1965.¹⁴¹

Erityisen paljon suunnittelutyötä vaati uusi, merkittävästi aiempaa pidempi amanuenssuuri. Lääkintöhallituksen pääjohtaja Niilo Pesonen katsoi uudenmallisen amanuenssuurin merkitsevän opiskelijoille ”*entistä omakohtaisemman oppimisen mahdollisuutta*” ja toivoi harjoittelun kehittävän potilas-lääkärisuhdetta läheisemmäksi.¹⁴² Pidempi harjoittelu-aika antoi mahdollisuuden järjestää amanuensseille opetusta, jota ryhdyttiin tiedekunnassa suunnittelemaan professori Esko Nikkilän aloitteen pohjalta. Nikkilä arveli, että amanuenssvaiheessa opiskelijoilla olisi parempi oppimishalu ja omaksumiskyky kuin kliinisten opintojen alkuvaiheessa, joten systemaattiselle opetukselle oli hyvä pohja. Se antaisi myös mahdollisuuden kontrolloida tulevien lääkäreiden osaamista. Nikkilä ehdotti opetusmuodoiksi seminaareja, opetuskierroja, keskustelutilaisuuksia ja lyhyitä erikoisluentosarjoja.¹⁴³ Ajatus amanuenssuurista tiedekunnan johtamana ja valvomana työn ja opiskelun yhdistävänä vaiheena ilmensi siirtymistä entistä säädellympään harjoitteluun. Aiemmin työn sisältö ja siihen liittyneet oppimismahdollisuudet olivat olleet vain opiskelijan ja klinikan välinen asia, mikä muuttui opetuksen myötä.¹⁴⁴

Opintouudistuksen ja amanuenssuurin kehittämisen myötä Helsingin lääketieteellinen tiedekunta loi lääkärikoulutuksen suuntaviivat 1960-luvun Suomessa. Vuonna 1965 hyväksyttiin laki eräiden sairaaloiden käyttämisestä lääkärikoulutukseen, joka mahdollisti pakollisen sairaalapalvelun suorittamisen yliopistollisten keskussairaaloiden lisäksi kuntien ja kuntainliittojen sairaaloissa. Näihin sairaal-

¹³⁶ Joutsivuo ja Laakso 2008, 25–27, 50–54; Knapas 1990, 628–629; Pesonen 1973, 65–66.

¹³⁷ Lääket. tdk ptk 30.5.1961 (49\$), 12.9.1961 (87\$), HYKA.

¹³⁸ Lääket. tdk ptk 20.12.1960 (45\$), 23.5.1961 (55\$) liitteinen, HYKA.

¹³⁹ Lääket. tdk ptk 9.4.1963 (45–46\$, 48–49\$) 30.5.1963 (41\$), 3.12.1963 (60\$), 10.3.1964 (36\$), 24.11.1964 (59\$), 19.1.1965 (74\$), 13.4.1965 (46\$), 28.9.1965 (55\$) liitteinen, HYKA.

¹⁴⁰ Lääket. tdk ptk 2.3.1965 (49\$) liitteinen, HYKA.

¹⁴¹ Marin 1970, taulukko 5 s. 27. Vuonna 1962 lääketieteellisessä tiedekunnassa oli 8,4 opiskelijaa opettajaa kohden ja vuonna 1965 luku oli 6,5. Huonoin tilanne oli valtiotieteellisessä, jossa oli yli 100 opiskelijaa/opettaja.

¹⁴² Puro Kari: Amanuenssilaista. Medisiinari 3/1965, 40–44.

¹⁴³ Lääket. tdk ptk 19.5.1964 (121\$), 28.5.1964 (77\$) liitteinen, HYKA.

¹⁴⁴ Taustaa sivutaan esim. artikkelissa Ulkomailla opiskelevien asioista LKS:ssa. Medisiinari 7/1966, 8–13; Hallman Niilo: Ajatuksia amanuenssipalvelusta. Medisiinari 3/1969, 10–11.

loihin tuli opetusylilääkärin virkoja.¹⁴⁵ Amanuenssivaihe ja siihen kuuluva opetus tuli koskemaan myös muita tiedekuntia ja ulkomailta lääkäriksi valmistuneita, mutta harjoittelun pituus vaihteli.¹⁴⁶ Amanuenssipaikkoja oli HYKS:n ulkopuolella, ja opetuksen oli oltava toteutettavissa myös niissä. Uusi amanuenssijärjestelmä käynnistyi vuoden 1967 alusta.¹⁴⁷ Amanuenssuurin vapaavalintaisen vaiheen saattoi suorittaa myös lääketieteellisen tiedekunnan teoreettisissa laitoksissa. Tällöin kandidaatti saattoi omistautua väitöskirjatyöhön tai muuhun tutkimukseen.¹⁴⁸ Teoreettisten laitosten amanuenssipaikoista tuli pian suosittuja.¹⁴⁹ Uudistuksista huolimatta amanuenssien työhön liitettiin jatkossakin syytöksiä kirjurintyöstä eikä henkilökohtaiseen ohjaukseen oltu tyytyväisiä.¹⁵⁰ Myöskään yhteiset luennot kaikille HYKS:n amanuensseille eivät toimineet, ja niistä luovuttiin jo muutaman kuukauden jälkeen. Sen sijaan seminaarimuotoinen opetus klinikoilla toimi hyvin, ja se jatkuikin dosenttien johtamana.¹⁵¹

Turun lääketieteellisessä tiedekunnassa noudatettiin hieman Helsingistä poikkeavaa opinto-ohjelmaa. Vaikka tiedekuntien välisissä yhteistyökokouksissa käsiteltiin Helsingin uutta ohjelmaa¹⁵², suuria muutoksia ei Turussa tehty.¹⁵³ Vaikuttaa siltä, että Turussa ei haluttu pidentää lukukausia Helsingin tapaan vaan säilyttää pidemmät kesälomat, jolloin kandidaateille jäi paremmat mahdollisuudet toimia viransijaisina.¹⁵⁴ Uudistusintoa hillitsi luultavasti myös opiskelijamäärän lisäys ja keskussairaalan rakennustöiden viivästyminen. Vuosittaista opiskelijamäärää oli Turussa nostettu 80:een syksyllä 1958 ja lisäksi prekliinisessä vaiheessa mukana olivat Oulun ylioppilaat. Samalla tavalla kuin Helsingissä, Turun tiedekunta oli asettanut sisäänottomäärän korottamiseksi keskussairaalan rakentamisen valmiiksi ja opettajamäärän lisäämisen. Ja myös Turussa määrärahoja saatiin odottaa ja rakennustyöt viivästyivät. Yliopistollisen keskussairaalan ensimmäinen vaihe valmistui vasta vuonna 1968.¹⁵⁵

Turun ja Oulun lääketieteellisiin tiedekuntiin perustettiin opintokollegiot vuonna 1963 Helsingin mallin mukaan. Turussa aloitteen teki TLKS. Professori Toivo Salmi pohti, että aiemmin tällainen elin ei oikeastaan ollut tarpeen, kun tiedekunta

145 Suomen asetuskokoelma: n:o 322 ja n:o 427, 1965

146 Puro Kari: Amanuenssilaista. *Medisiinari* 3/1965, 40–44; Alustava mietintö lääkäreiden perus- ja jatkokoulutuksen kehittämisestä liitteenä lääket. tdk ptk 21.5.1968 (39§), HYKA.

147 Lääket. tdk ptk 1.2.1966 (37§), 28.9.1965 (66§), 18.1.1966 (52§), 15.3.1966 (34§) liitteineen, HYKA; Myös Tiitola Olli: Ajankohtaista amanuenssikysymyksestä. *Medisiinari* 2/1966, 9.

148 Tieteenteon noviisit. *Medisiinari* 6/1966, 9–13; Lääket. tdk ptk 2.3.1965 (49§), 16.3.1965 (13§) liitteineen, HYKA.

149 Lääket. tdk ptk 5.11.1968 (31§) liitteineen, HYKA.

150 Reiman Fredrik, *mielipidekirjoitus: Amanuensstjänstgöringens fröjder*. SLL 17/1968, 1566–1567; Tallqvist Gustav, *mielipidekirjoitus: Miten yhdellä kynänvedolla voidaan tehdä 1800 lääkäriä*. *Medisiinari* 1/1969, 65–66; Lääket. tdk ptk 4.11.1969 (8§) liitteineen, HYKA.

151 Lääket. tdk ptk 4.4.1967 (17A§), 30.5.1967 (27a§) liitteineen, HYKA.

152 Lääket. tdk ptk 14.3.1961 (29§), 9.4.1963 (51§), HYKA.

153 Hartiala Kaarlo: Opiskelusta Turun yliopiston lääketieteellisessä tiedekunnassa. *Kollega* 1/1962, 10–11; TY lääket. tdk ptk 2.3.1965 (10§) liitteineen, TYKA; Kari Karkola: Totta ja tulevaisuutta kandiseurann toiminnassa. *Kollega* 2/1966, 62–63.

154 TY lääket. tdk ptk 3.10.1967 (8§), TYKA.

155 Tarmio 1993, 141–142; Myös Turun tiedekunnan lausunto korkeakoululaitoksen suunnittelukomitean mietinnöstä, liitteenä TY lääket. tdk ptk 25.5.1965 (17§), TYKA.

oli ollut pieni. Opintokollegion tehtäväksi tuli opintoasioiden käsittely ja tiedekunnan avustaminen opintojen käytännön järjestämisessä.¹⁵⁶ Kollegion toiminta oli alkuvuosina lähinnä yksittäisten parannusehdotusten tekemistä. Vuonna 1965 kollegio aktivoitui, ja opettajille ja opiskelijoille ryhdyttiin järjestämään yhteisiä keskustelutilaisuuksia sekä suunnittelemaan opinto-ohjelman uudistusta.¹⁵⁷ TLKS teki myös aloitteen opintosihteerin viran perustamisesta tiedekuntaan Helsingin esimerkin mukaan. Tiedekunta ehdotti, että kandidaattiseura itse palkkaisi jonkun opintokollegion jäsenistä opintosihteeriksi, kunnes määräraha toimea varten saataisiin.¹⁵⁸ Opintosihtööri saatiin ja opintotoimisto perustettiin tiedekuntaan kuitenkin vasta muutaman vuoden päästä.¹⁵⁹

1960-luvun alussa maan lääketieteellisten tiedekuntien välinen yhteistyö oli vähäistä. Asia nousi aika ajoin esille. Vuonna 1962 professorit Paavo Vara ja Harald Teir Helsingistä esittivät koordinoivan yhteistyöelimen perustamista, jotta opintojen pituus, opetusohjelman pääosat ja sisäänpääsyvaatimukset saataisiin yhtenäistettyä, mutta tällaista ei perustettu.¹⁶⁰ Sisäänpääsyvaatimuksia oli yritetty yhtenäistää jo vuonna 1958, jolloin Turun ja Helsingin tiedekunnat suunnittelivat, että karsintaineisiin olisi otettu psykologia vaihtoehtoiseksi fysiikan kanssa.¹⁶¹ Helsingissä uudistus jäi kuitenkin toteuttamatta, ja vaatimukset yhtenäistämättä.¹⁶² Kun Oulun tiedekunta perustettiin, sinne tuli jälleen erilaiset sisäänpääsyvaatimukset. Ouluun otettiin vain uusia ylioppilaita, joille järjestettiin kuulustelut eläinopissa, kemiassa ja fysiikassa ilman erityisiä kursseja.¹⁶³ Helsingin tiedekunta toi tässä vaiheessa esille, että karsintaperusteiden tulisi kaikissa tiedekunnissa noudattaa samoja periaatteita. Karsintakursseja pidettiin parempana tapana valita opiskelijat kuin pelkkiä kuulusteluja, sillä niiden aikana opettajilla oli mahdollisuus saada käsitystä hakijoiden kyvystä ymmärtää perusluonnontieteitä.¹⁶⁴ Toisaalta tiedekunnissa pidettiin myös hyvänä, että valintamenetelmissä oli eroja.¹⁶⁵

Vuonna 1963 Helsingin opiskelijavalintoja uudistettiin siten, että karsintakursien osallistujien määrää rajoitettiin alkupisteiden ja eläintieteen kuulustelun perusteella. Tätä kaksiporista karsintaa alettiin välittömästi soveltaa käytäntöön. Samalla tehtiin muita muutoksia: aiemmin ylioppilaaksi tulleilta vähennettiin viisi pistettä (aiemmin 2) jokaisesta ylioppilaaksitulon jälkeisestä vuodesta. Asevelvollisuus pisteitä nostettiin kahdesta neljään. Myös eläinlääkärin tutkinnon suorittaneet

¹⁵⁶ Salmi Toivo: Opintokollegio kysymyksessä. Kollega 1/1962, 12–13; Opintokollegion ohjesääntö liitteenä lääket. tdk ptk 12.3.1963 (14\$), HYKA; Oulun lääketieteellinen kilta 1970.

¹⁵⁷ TY lääket. tdk ptk 30.3.1965 (19\$), 13.4.1965 (11\$), 5.10.1965 (12\$) liitteineen, TYKA; Kari Karkola: Totta ja tulevaisuutta kandiseuran toiminnassa. Kollega 2/1966, 62–63;

¹⁵⁸ TY lääket. tdk ptk 14.12.1965 (28\$) liitteineen, TYKA.

¹⁵⁹ TY lääket. tdk ptk 2.4.1968 (25\$), TYKA.

¹⁶⁰ Lääket. tdk ptk 4.12.1962 (56\$), 9.4.1963 (51\$) liitteineen, HYKA.

¹⁶¹ Lääket. tdk ptk 11.2.1958 (25\$), 25.2.1958 (27\$), 11.3.1958 (19\$), 1.4.1958 (42\$), 13.5.1958 (53\$) liitteineen, HYKA.

¹⁶² Esitykseen sisältyi ehdotus vähentää muilta kuin saman vuoden ylioppilailta jopa 7 pistettä, mutta tätä konsistori ei hyväksynyt. Lääket. tdk ptk 28.10.1958 (31\$), 11.11.1958 (32\$), 25.11.1958 (30\$), 7.4.1959 (42\$) liitteineen, HYKA.

¹⁶³ Lääketieteen opiskelu ja lääkärin ura. SLL 14/1963, 825–841.

¹⁶⁴ Lääket. tdk ptk 10.5.1960 (73\$) liitteineen, HYKA.

¹⁶⁵ TY lääket. tdk ptk 3.10.1967 (8\$), TYKA.

saattoivat nyt hakea tiedekuntaan.¹⁶⁶ Turussa oli vastaava alkukarsinta kuin Helsingissä, mutta se pidettiin eläintieteen lisäksi psykologiassa. Ylioppilastutkinnon aiemmin suorittaneiden oli erikseen anottava oikeutta osallistua pääsykokeisiin.¹⁶⁷

Kun tarkastelee valintakokeiden uudistusprosesseja 1950- ja 1960-lukujen vaihteessa, huomio kiinnittyy muutamaasi ilmiöihin. Ensinnäkin hakupaine lääketieteellisiin tiedekuntiin oli suuri, mitä pyrittiin hallitsemaan porrastamalla karsinta. Toiseksi muille kuin tuoreille ylioppilaille annetut vähennyspisteet olivat jatkuvasti ulkopuolisten silmätikkuna. Helsingin yliopistossa konsistori kiinnitti tähän toistuvasti huomiota, sillä ilmeisesti muiden alojen professorit pitivät uusien ylioppilaiden suosimista kohtuuttomana.¹⁶⁸ Lisäksi vuonna 1965 kansanedustajat Erkki Hara (kok.) ja Matti Kekkonen (kesk.) jättivät hallitukselle kysymyksen koskien Helsingin lääketieteellisen tiedekunnan ”vanhojen” ylioppilaiden vähennyspisteitä. Kansanedustajat arvioivat, että menettely karsinnassa esti parhaan aineksen pääsemisen tiedekuntaan ja haittasi tehokkaita toimenpiteitä lääkärripulan poistamiseksi. Tiedekunta toi vastauksissaan esille samoja seikkoja niin konsistorille kuin eduskuntakyselyn johdosta. Vähennyspisteillä oli tarkoitus estää valmentautuminen karsintakursseja varten. Tulevien lääkärin opiskeluaika oli pitkä jo muutenkin ja ylioppilaiden väliuodet pidentäisivät sitä edelleen. Lääkärripulaan karsintajärjestelmä ei vaikuttanut, sillä tiedekuntaan otettiin joka tapauksessa rajattu määrä ylioppilaita.¹⁶⁹ Kolmas seikka keskustelussa olivat asevelvollisuudesta annetut lisäpisteet ja naisten mahdollisuus päästä tiedekuntaan – tämäkin koski siis Helsinkiä. Naisten osuus tiedekunnassa kasvoi 1960-luvulla hitaasti verrattuna muuhun yliopistokoulutukseen, ja tässä asevelvollisuudesta saaduilla lisäpisteillä oli merkitys.¹⁷⁰ Vuonna 1964 professori Salme Vannas esitti tiedekunnassa asevelvollisuudesta annettujen lisäpisteiden vähentämistä, koska hän katsoi niiden suosivan miesylioppilaita. Hänen esityksensä kaatui kuitenkin selvästi.¹⁷¹

Sisäänpääsyjärjestelmä pysyi 1960-luvulla suunnilleen ennallaan, eikä periaatteellisesti merkittäviä muutoksia tehty. Soveltavuuden mittaamisesta ei keskusteltu, mutta Helsingin tiedekunnassa kyllä harkittiin pääsymahdollisuuksien laajentamista luonnontieteellisten tutkintojen ulkopuolelle. Taustalla oli vanha keskustelu siitä, että valintaperusteet suosivat liiaksi fyysis-matemaattista lahjakkuutta omavia. Kyseisen ehdotuksen teki professori Urpo Siirala, joka katsoi, että esimerkiksi valtiotieteellisestä tiedekunnasta olisi voinut suunnata lääkärin uralle sosiaalipoliitisiin kysymyksiin perehtyneitä henkilöitä. Tämä ei kuitenkaan toteutunut.¹⁷²

166 Lääket. tdk ptk 27.3.1962 (31\$), 25.4.1962 (42–43\$), 8.5.1962 (55–56\$), 4.12.1962 (61\$), 18.12.1962 (70\$), 15.1.1963 (62\$), 26.3.1963 (35\$, 38\$) liitteineen, HYKA; Pääkirjoitus: Uusitut valinnat. Medisiinari 4/1963, 7–8.

167 Lääketieteen opiskelu ja lääkärin ura. SLL 14/1963, 825–841; Myös Tarmio 1993, 114–115.

168 Lääket. tdk ptk 7.4.1959 (42\$), 14.1.1964 (83\$) liitteineen, HYKA; Asia nousi uudestaan esille, kun tiedekunta teki pieniä muutoksia valintaperusteisiin, ks. lääket. tdk ptk 8.10.1963 (53\$), 19.11.1963 (51\$), 3.12.1963 (54\$), 21.4.1964 (25\$) liitteineen, HYKA.

169 Lääket. tdk ptk 10.3.1964 (35\$), 9.11.1965 (46\$), 16.11.1965 (2\$), 23.11.1965 (58\$) liitteineen, HYKA; Myös TY lääket. tdk ptk 30.11.1965 (5\$) liitteineen, TYKA.

170 Ks. luku IV.3 (Hiljainen...).

171 Lääket. tdk ptk 10.3.1964 (35\$) liitteineen, HYKA.

172 Lääket. tdk ptk 15.1.1963 (62\$) liitteineen, HYKA.

Koulutuksen tavoite: generalisti, spesialisti vai teoreetikko?

Vuonna 1965 lääket. kand. Matti Reunanen pohti *Kollega*-lehdessä lääkärikoulutuksen tavoitetta. Reunanen mielestä lisensiaattitutkinnon suorittamiseen riitti pintapuolinen oppiminen laajalta alalta ja etenkin kliinisen vaiheen opetusta leimasi syventymisen ja kokonaisvaltaisuuden puute. Reunanen piti opetusjärjestelmää vanhentuneena, sillä se perustui edelleen kaikille samaan peruskoulutukseen ja tavoitteeseen valmistaa kunnanlääkäreitä. Medisiinarijoukko oli hänen mukaansa kuitenkin jakaantunut kolmeen osaan: tuleviin yleislääkäreihin, erikoislääkäreihin ja teoreetikoihin.¹⁷³ Sama asia oli noussut esille Helsingin lääketieteellisen tiedekunnan opintouudistuksen yhteydessä. Prosessin aikana hygienian professori Woldemar Lojander oli esittänyt, että opintosuunnitelmaa laadittaessa otettaisiin huomioon lääketieteen kehitys ja tehtäisiin sen pohjalta radikaaleja muutoksia. Lojander viittasi mahdollisuuteen luoda useita opintolinjoja, minkä hän näki olevan jossain vaiheessa väistämättä edessä, kun lääketieteen laajenisi, erikoistumisen syvenisi ja oppiaineiden määrä lisääntyisi.¹⁷⁴ Samaa asiaa pohdittiin *Medisiinari*-lehden pääkirjoituksessa: opetusjärjestelmää oli uudistettu, mutta ei linjajakoisempaan suuntaan, vaikka siitä oli hyviä kokemuksia ulkomailla.¹⁷⁵ 1960-luvulla kysymys lääkärikoulutuksen tavoitteesta ajankohtaistui uudella tavalla. Koulutuksen oli ensinnäkin vanhaan tapaan pystyttävä antamaan eväät kunnanlääkärin työhön. Toiseksi oli otettava huomioon kasvavien ja kehittyvien erikoisalojen tarpeet, erikoiskoulutuksen pidentyminen ja peruskoulutuksen suhde jatkokoulutukseen. Kolmanneksi nousi esille kysymys medisiinarien mahdollisuudesta tehdä tieteellistä työtä ja suuntautua tutkijoiksi.

Lisensiaattitutkinnon jälkeinen erikoistuminen oli yleistymässä. Vuonna 1960 erikoislääkäreitä oli 41 prosenttia lääkärikunnasta ja heidän osuutensa oli kasvasa.¹⁷⁶ Erikoistuminen oli yleisempää nuorempien sukupolvien kohdalla.¹⁷⁷ Vuonna 1962 *Medisiinari*-lehden suorittaman kyselyn mukaan 80 prosenttia kandidaateista aikoi erikoistua.¹⁷⁸ Vuonna 1968 tehdyn tutkimuksen mukaan medisiinareista 63 prosenttia aikoi erikoislääkäreiksi, 20 prosenttia tutkijoiksi ja 15 prosenttia yleislääkäreiksi.¹⁷⁹ Kehityksen taustalla oli erikoislääkärien työskentelymahdollisuuksien kasvu, sillä keskussairaaloiden viroissa edellytettiin vakinaisilta lääkäreiltä specialistin pätevyyttä. Sairaalatyöstä tuli myös kokopäiväistä, ja erikoislääkärit olivat entistä enemmän riippuvaisia sairaaloiden tarjoamista välineistä ja laitteista.¹⁸⁰ Erikoislääkärien omista vastaanotoista oli alkanut kehittyä useamman lääkärin

173 Reunanen Matti: Opiskelun suunnitelmataloutta. Lääketieteen lisensiaatti – kahdenkymmenen approbaturin ylioppilas. *Kollega* 5/1965, 50–51.

174 Lojanderin kirje liitteenä lääket. tdk ptk 27.9.1960 (50\$), HYKA.

175 Pääkirjoitus: *Edistys. Medisiinari* 2/1961, 7.

176 Ilmolahti 2010, 346.

177 Vuonna 1950 valmistuneista oli 15 vuoden kuluttua erikoistunut 62 prosenttia, kun sama luku oli vanhimpien lääkärin osalta 39 prosenttia. Haavio-Mannila 1964, 4.

178 Tieteellinen työ kiinnostaa. 80% kandidaateista aikoo erikoistua. *Medisiinari* 7/1962, 26–29.

179 Jaakkola Risto: Medisiinarien käsitykset lääkärin ammatista, sairaista, lääkärin etiikasta ja sosialisoinnista. *Medisiinari* 1/1969, 55–64.

180 Ilmolahti 2010, 353.

yhteisiä, yksityisiä lääkäriasemia.¹⁸¹ Vuonna 1964 jopa 55 prosenttia lääkäreistä ilmoitti toivetehtäväkseen erikoislääkärin viran sairaalassa, ja maaseudun avohoidossa työskentelevistä vain puolet oli toivomassaan työpaikassa.¹⁸² Erikoislääkärien koulutusvaatimukset ja oikeuksien myöntäminen siirtyivät Lääkäriliitolta valtion ohjaukseen, kun lääkintöhallituksen alaisuuteen asetettiin vuonna 1960 spesialiteettineuvottelukunta. Samalla uudistettiin erikoiskoulutuksen rakennetta: se jaettiin vuoden esikoulutukseen, yleensä kolmen vuoden erikoislääkärikoulutukseen ja kirjalliseen kuulusteluun, joka otettiin käyttöön vuonna 1962. Koulutus suoritettiin työssä apulaislääkärinä yliopistoklinikoilla ja tietyissä muissa sairaaloissa. Varsinaisten erikoisalojen lisäksi oli suppeita erikoisaloja, joiden pätevyyyteen vaadittiin vielä lisäkoulutusta.¹⁸³

Erikoistumiskehitys nosti esille kysymyksen, oliko koulutusta enää mahdollista rakentaa yleis- ja kunnanlääkärin työn pohjalta. Haasteena oli lääketieteellisen tiedon jatkuva muuttuminen ja lisääntyminen, kuten Turun yliopiston professori Osmo Järvi totesi vuonna 1954. Koulutuksen tavoitteenasettelu oli suunnattava tiedoista valmiuksiin. Järvi katsoi, että tärkeintä oli kouluttaa ”*arvostelukykyisiä, omatoimisia yksilöitä, jotka hallitsevat lääketieteellisen ajattelun ja jotka itse pystyvät itseään edelleen kehittämään ja pysyttelemään jatkuvasti aikansa tasolla*”.¹⁸⁴ Tällöin käydyssä keskustelussa oli esillä ajatus, että peruskoulutusta oli lyhennettävä, jotta erikoistuminen voisi alkaa aikaisemmin.¹⁸⁵ Timo Tarmio on huomauttanut, että samoihin aikoihin Englannissa taas huolestuttiin opiskelijoiden etääntymisestä yleislääkärin työstä.¹⁸⁶ Tämä näyttää olleen erikoistumisen mukanaan tuoma väistämätön kehityssuunta, joka tuli Suomeen hieman myöhemmin kunnanlääkäripulan myötä. Tällöin jouduttiin pohtimaan keinoja lisätä kiinnostusta kunnanlääkärin työhön. Muun muassa kunnanlääkärien pätevyysvaatimuksia ja jatkokoulutuksen järjestämistä tutkinut komitea ehdotti vuonna 1958 kunnanlääkäreille omaa spesialiteettia. Perusteluna oli, että kunnanlääkäri oli muuttunut hoitavasta lääkäristä lääkintäviranomaiseksi.¹⁸⁷ Ajatus spesialiteetista oli ollut esillä jo sodan jälkeen.¹⁸⁸ Nyt se näytti mahdollisuudelta lisätä työn houkuttelevuutta ja hallita paremmin kunnanlääkäreiksi päätyvien määrää. Lääkäriliiton apulaistoiminnanjohtaja Tapani Kosonen ehdotti vuonna 1961 ratkaisuksi myös amanuenssuurin suorittamista kunnanlääkärin tehtävissä. Samalla hän toivoi, että yliopistossa osoitettaisiin enemmän arvostusta kunnanlääkäreitä kohtaan: ”*Kerrotaan tapahtuneen sellaista, että*

181 Kaipainen 1969, 30–31.

182 Haavio-Mannila 1964, 20–21.

183 Ilmolahti 2010, 355–356; Tiitta 2009, 332–333; Helske Esko, pääkirjoitus: Erikoislääkärin koulutuksesta. *Medisiinari* 6/1965, 7–8.

184 Järvi Osmo: Lääketieteen opetuksesta Suomessa. *Medisiinari* 2/1955, 18–23. Artikkelin julkaistiin alun perin *Nordisk Medicin* -lehdessä 45/1954.

185 Lääkäripäivien toimikunnan puheenjohtaja prof. B. von Bonsdorffin puhe. Karvonen M. J.: Yhteenve-toa lääkäripäivien esitelmistä (vuoden 1954 Lääkäripäivät). *SLL* 14/1955, 1125–1135; Nevanlinna H. R.: Käytetäänkö yhteiskunta lääkäreitään tehokkaasti? *SLL* 22/1955, 1778–1780, 1783–1784.

186 Tarmio 1993, 116.

187 Mali Atle M., pääkirjoitus: Kunnanlääkärien jatkokoulutus. *SLL* 14/1958, 645–648.

188 Esim. Huhtala A.: Kunnanlääkärien asemasta, koulutuksesta ja palkkauksesta ennen ja nykyisin. *SLL* 1950, 393–401.

*luennoiva professori on oppilailleen puhunut halventavasti kunnanlääkärien tasosta ja potilasta esiteltäessä tämän kuullen ilmaissut pitävänsä arvottomina kunnanlääkärien suorittamia toimenpiteitä.*¹⁸⁹ Väitteessä kuultaa epäily, että koulutuksen hiljainen tieto kannusti erikoistumaan.

1960-luvun lääkärikoulutuksen tavoitteena oli edelleen antaa yleislääkärin tarvitsema koulutus, mutta todellisuudessa monet seikat suosivat erikoistumista, kuten kliinisten opintojen erikoisala- ja sairaalakeskeisyys. Helsingin tiedekunnan opintouudistuskkin vahvisti erikoistumiskehitystä. Opintouudistus oli rakenteellinen, ei sisällöllinen: oppiaineiden osuuksiin opetuksessa ei varsinaisesti koskettu, mikä kuvastaa eri alojen välisten raja-aitojen vahvuutta. Keskeinen erikoistumista tukeva muutos oli uudenmallinen amanuenssuuri, jota ei voinut suorittaa yleislääkärin työssä. Sen sijaan amanuenssuurin neljän kuukauden vapaavalintainen osa antoi kandidaateille mahdollisuuden syventyä tulevaan erikoisalaan jo peruskoulutuksen aikana.

Medisiinarien kasvatuksen kannalta kiinnostavaa on, millaisia ominaisuuksia lääkäriltä katsottiin vaadittavan ja miten erikoistuminen vaikutti tähän. Vuonna 1957 Helsingin lääketieteelliseen pyrkiville ja tiedekunnan opiskelijoille tehtiin kysely lääkärin tärkeimmistä ominaisuuksista. Asiaa tarkasteltiin myös erikoisaloittain. Kyselyssä nousi esille yleisiä käsityksiä, kuten että kirurgeilta vaadittiin kätevyyttä, tarkkaa näköä, avaruudellisesta hahmotuskykyä ja herkkää kosketusaistia sekä kykyä nopeaan ja tehokkaaseen työskentelyyn. Sisätautilääkäreiltä arveltiin vaadittavan pitkäjänteisyyttä, loogista, erittelevää ja yhdistelevää ajattelutyötä, kykyä tehdä johtopäätöksiä ja kehittää hoitomenetelmiä. Psykiatriassa katsottiin vaadittavan ”ns. psykologista vaistoa” sekä henkistä tasapainoa. Tutkimustyötä tekeviltä, kuten laboratoriolääkäreiltä, bakteriologeilta ja patologeilta sekä tieteelliseen tutkimukseen antautuvilta katsottiin vaadittavan hyvää huomiokykyä, taipumusta keksimiseen, kiinnostusta tilastollisiin analyyseihin sekä pitkäjänteisyyttä, kärsivällisyyttä ja mielenkiintoa yksityiskohtiin.¹⁹⁰ Vaikka kyseessä on yksittäinen kysely, esimerkiksi kertovat, millaisia käsityksiä medisiinarit liittivät eri erikoisaloihin ja millaisia ominaisuuksia eri alojen lääkäreiltä katsottiin vaadittavan. Todellisuudessa myös sukupuoli ohjasi erikoisalan valintaa: kirurgit ja sisätautilääkärit olivat tyypillisesti miehiä, kun taas naiset erikoistuiivat useimmiten lastentauteihin, keuhkotauteihin ja psykiatriaan.¹⁹¹

Yleis- ja erikoislääkärien rinnalle nousi 1960-luvulla kolmantena lääkärityyppinä tutkija. Helsingin tiedekunnassa kehitystä tuki mahdollisuus suorittaa vapaavalintainen osa amanuenssuurista yliopiston teoreettisissa laitoksissa. Tällä tavoin haluttiin tarjota medisiinareille mahdollisuus suuntautua jo peruskoulutuksen loppuvaiheessa tieteelliselle uralle.¹⁹² Medisiinarit olivat aiemminkin vapaaehtoi-

189 Kosonen Tapani: Miten kunnanlääkärin ura voitaisiin saada nykyistä suosittumaksi. SLL 10/1961, 539–544.

190 Havanto Marjatta ja Lindholm Sam: Lääkärinä työskentelyn vaatimuksista ja edellytyksistä. Medisiinari 9/1957, 28–33.

191 Haavio-Mannila 1964, 7; Myös Aronpuro Kari: Lääkärit roolissaan. Kollega 6/1968, 42.

192 Esim. Tieteenteon noviisit. Medisiinari 6/1966, 9–13.

sesti harjoittaneet tieteellistä työskentelyä teoreettisissa laitoksissa tekemällä ns. erikoistöitä. Tämä ilmensi medisiinarien sitoutumista akateemiseen ympäristöön, jossa oma tutkimustyö oli tärkeä osa opintoja. Lääkärikoulutusta oli kuitenkin kehitetty lähinnä ammattitutkinnon lähtökohdista, ja tieteellinen työskentely oli jätetty vapaaehtoisuuden varaan. Tilanne oli 1960-luvun alussa se, että opinnot tarjosivat vain vähän tilaisuuksia tutkimustyöhön eikä tutkijakoulutusta järjestetty. Kun pakollisia tutkielmia ja seminaariesitelmiä ei ollut, tutkinto vaikutti jopa epäakateemiselta verrattuna muihin yliopiston aloihin.¹⁹³ Tutkinnossa oikeastaan vain pakollinen äidinkielen kirjoituskoe oli jonkinlainen tutkielma. Se oli suoritettava jossakin kandidaatti- tai lisensiaattitutkintoon kuuluvassa aineessa, ja sen tarkoituksena oli todistaa tieteellistä tuntemusta ja kielen käyttämisen taitoa.¹⁹⁴

Medisiinarien opiskeluaikainen tutkimustyö liittyi osalla kiinnostukseen tutkijan uraa kohtaan, mutta monilla se liittyi myös pyrkimykseen hankkia meriittejä tulevaa erikoiskoulutusta varten. Opiskelijoiden tutkimustyö nousi *Medisiinarin* palstoille tieteentekoon keskittyneessä erikoisnumerossa vuonna 1962. Toimitus oli suorittanut kurseilla kyselyn, jonka mukaan tieteellinen työ kiinnosti kandidaatteja siinä määrin, että jopa 67 prosenttia (=192/290) kyselyyn vastanneista suunnitteli tekensä väitöskirjan. Kysely osoitti, että prekliinisen vaiheen erikoistytöt olivat suosittuja ja niitä oli suorittanut yli puolet vastaajista. Tutkimustyön vetovoima perustui monilla aitoon kiinnostukseen ja haluun perehtyä syvällisesti johonkin aiheeseen mutta melkein yhtä usein oman erikoistumisen edistämiseen.¹⁹⁵ Lehden pääkirjoituksessa arvosteltiin sitä, että medisiinarien tutkimusinto oli usein pyrkimystä kerätä ansioita. Julkaisua luonnehdittiin ”maagiseksi sanaksi” medisiinareille, ja yleinen käsitys oli, että julkaisuja tarvittiin myös etenemisessä käytännön lääkärin uralla.¹⁹⁶ Näin ollen vapaaehtoista tutkimustyötä voi pitää jälleen yhtenä osana medisiinarien tulevaa uraa koskevaa piilotietämystä. Professorien suhtautuminen medisiinarien tutkimustyöhön oli kaksijakoista. He olivat iloisia siitä, että nuoret olivat innostuneita tieteellisistä töistä. Toisaalta pidettiin tärkeänä, että medisiinarit suorittaisivat myös kliniset opintonsa, jotta heille muodostuisi ”*lääketieteelliselle tutkimukselle tärkeä ajattelun ja probleemanasettelun perusta*”, kuten apulaisprofessori Martti Koivusalo muotoili. Ruotsissa oli jo viitteitä siitä, että tutkimustyö vei mennessään ja varsinaiset lääkäriopinnot keskeytyivät, mitä Koivusalo ei pitänyt hyvänä. Professori Harald Teir taas katsoi, että tieteellinen työskentely kandidaattiaikana häiritsi klinisten opintojen suorittamista.¹⁹⁷

Tutkija Irma Laiho on todennut, että tutkijakoulutus oli pitkään perustutkinnon jälkeistä vapaata (itse)opiskelua. Väitöskirjatyö rahoitettiin usein apurahoin, mutta 1950-luvulla yliopistoihin alettiin palkata assistentteja, jotka muiden tehtä-

193 Tieteellisen työn näköaloja. Medisiinari 7/1962, 22–24; Nuorten tiedettä. Medisiinari 7/1962, 16–21.

194 Helsingin yliopistossa lääketiedettä ja hammaslääketiedettä opiskelevien vuonna 1945 vahvistetut uudet tutkintovaatimukset 1946, 19–20; 1930-luvulla tiedekunta oli suositellut, että äidinkielen kokeen tutkielma perustuisi johonkin erikoistytöhön. Lääket. tdk ptk 6.5.1930 (13\$), 14.5.1930 (19\$), 20.5.1930 (6\$), 29.11.1932 (13\$), 20.12.1932 (7\$) liitteineen, HYKA.

195 Tieteellinen työ kiinnostaa. 80% kandidaateista aikoo erikoistua. Medisiinari 7/1962, 26–29.

196 Pääkirjoitus: Tiedettä tieteen vuoksi. Medisiinari 7/1962, 9.

197 Nuorten tiedettä. Medisiinari 7/1962, 16–21.

viensä ohella tekivät väitöskirjaa tai muuta tutkimustyötä. 1960-luvun alussa nousi esille ajatus muodollisesta ja järjestelmällisestä jatkokoulutuksesta sekä tutkijanurasta osana tiede- ja korkeakoulupolitiikkaa. Taustalla oli ajatus tieteen tulosten yhteiskunnallisesta hyödyntämisestä. Tällöin alettiin suunnitella tutkijakasvatus- ja siihen suunnata määrärahoja. Näin luotiin pohja tutkijoiden ammattikunnan synnylle.¹⁹⁸ Tutkijakoulutusta pohdittiin myös lääketieteellisissä tiedekunnissa, joissa väitöskirjoja tehtiin runsaasti muihin aloihin verrattuna¹⁹⁹. Vuonna 1963 LKS:n tilaisuudessa keskusteltiin lääketieteen tutkimustyön kurssien järjestämisestä. Medisiinarit pitivät lisensiaattitutkintoa ja kliinisiä opintoja välttämättöminä tutkijoille, mutta mahdollisuutta tutkimustyön aloittamiseen varhain pidettiin myös tärkeänä. Samalla kuitenkin valiteltiin, että opintojen lomassa oli vaikea järjestää aikaa tutkimustyölle.²⁰⁰ Vuosina 1964–1965 Helsingin lääketieteellisessä tiedekunnassa ryhdyttiin suunnittelemaan ja järjestämään tieteellisiä jatkokoulutuskursseja tutkijoille.²⁰¹ Koulutukseen saattoivat osallistua myös Turun tiedekunnan tutkijat.²⁰² Turun yliopiston professori ja Valtion lääketieteellisen toimikunnan puheenjohtaja Osmo Järvi totesi vuonna 1967, että Suomessa oli kasvamassa ensimmäinen todellinen lääketieteen tutkijoiden ammattiryhmä. Järvi peräänkuulutti edellytyksiä erityisesti kliinisen tutkimustyön tekemiselle eri sairaaloissa.²⁰³ Vuonna 1968 Turun tiedekunnassa alettiin järjestää omaa tutkijakoulutusta.²⁰⁴

Medisiinarien lisääntynyt kiinnostus tieteelliseen työhön liittyi lääketieteen teoreettisten alojen voimakkaaseen kehitykseen. Helsingin lääketieteellisen tiedekunnan prekliinisten alojen professorit edustivat nuorempaa 1920-luvulla syntynyttä professorisukupolvea, ja he kehittivät laitoksiaan moderneiksi tieteellisiksi tutkimusyksiköiksi. Anatomian professori Olavi Eräkö, lääketieteellisen kemian professori Johan Järnefelt ja fysiologian professori Matti Bergström olivat *Medisiinari*-lehden vuonna 1965 tekemien haastattelujen mukaan ”nuoria vihaisia professoreita”. He olivat uudistaneet alojensa opetusta ja vahvistaneet opetuksen yhteyttä laitoksissa tehtävään tutkimukseen. Kaikissa prekliinisissä oppiaineissa medisiinarien käytännöllisiä töitä oli kehitetty. Esimerkiksi Järnefelt oli ensi töikseen professorina uudistanut kurssitöitä, jotka biokemian kehityksestä huolimatta olivat säilyneet samoina 1930-luvulta lähtien.²⁰⁵ Turussa anatomian professoriksi tuli vuonna 1966 uudistushaluinen Mikko Niemi, joka virkaanastujaisesityksessään pohti anatomian opetuksen uudistamista uusien tutkimusmenetelmien pohjalta. Lisäksi Niemi katsoi, että molekyylibiologian kehityksen myötä peruslääketieteen oppiaineiden väliset ”keinotekoiset” rajalinjat olisi mahdollista hävittää.²⁰⁶

198 Laiho 1993, 11–12, 44, 58–60, 78, 81–96, 173–174; Eskola 2002, 262–264.

199 Ketosen työryhmän mietinnössä todetaan, että lääketieteessä väitöskirjoja valmistui 30–40 vuodessa, mikä oli lähes yhtä paljon kuin muissa tieteissä yhteensä. Ks. Tiede ja ylin opetus... 1965, 22.

200 Tutkijan koulutus. *Medisiinari* 1/1964, 25–26; LKS:n toimintakertomus 1963. *Medisiinari* 3/1964, 21–34.

201 Lääket. tdk ptk 15.9.1964 (128§), 25.5.1965 (133§), HYKA.

202 TY lääket. tdk ptk 15.3.1966 (9§) liitteineen, TYKA.

203 Järvi Osmo: Lääketieteen tutkimuksesta Suomessa nyt ja tulevaisuudessa. *SLL* 34/1967, 2594–2599.

204 TY lääket. tdk ptk 9.1.1968 (19§), 23.1.1968 (19§), TYKA.

205 Prekliinisestä opetuksesta. *Medisiinari* 1/1965, 10–18.

206 Niemi 2004, 88–94.

Teoreettisten alojen kehittyminen tuotti ristivetoa lääkärikasvatuksessa niiden ja kliinisten alojen välillä. Helsingin yliopiston sisätautiopin professori William Kerppola arvioi vuonna 1968, että lääkärikunta oli jakautumassa kahtia: käytännön lääkäreihin ja biologis-teoreettisia aineita edustaviin. Muutos oli tapahtunut nopeasti, ja nyt osa valmistuneista ei enää lainkaan tehnyt lääkärin töitä vaan suuntautui kokonaan tutkijoiksi. Kerppola katsoi, että kandidaatit harrastivat liikaakin teoreettisten alojen tutkimusta, mikä saattoi häiritä käytännön lääkäriksi kasvamista. Toisaalta tiedekuntaan tarvittiin Kerppolan mukaan kliininen tutkimuslaitos, ja varoja oli ohjattava erityisesti terveydenhoidon ja tautien tutkimukseen.²⁰⁷

Toista näkökulmaa edusti professori Matti Bergström, joka katsoi koulutuksen painopisteen olleen sodan jälkeisinä vuosikymmeninä liiaksi käytännön lääkärien valmistuksessa. Bergström totesi LKS:n vuosijuhlassa 1966 pitämässään juhlaesitelmässä: *”Tämä kehitys on meillä kehitystä lääketieteessä alun perin akateemisesta tieteenalasta ammattikoulutyyppeeseen opetukseen.”* Teoreettisten aineiden osuus oli jatkuvasti kaventunut, ja käytännön toimenpiteiden opetus oli saanut liiankin suuren painoarvon. Näin lääketiede oli saanut vahvasti lääkintätaidon merkityksen. Bergström katsoi, että opiskelijoilla oli liian kapea lääkäri-ihanne, jossa työtä tarkasteltiin hoitotoimenpiteistä käsin, minkä vuoksi he vaativat aina lisää käytännön opetusta. Bergströmin mukaan myös opetuksen ideologia oli teoriaa hylkivä ja ammattikoulumainen hengeltään. Helsingin yliopistossa tämä näkyi siinä, että prekliiniset alat kärsivät resurssien puutteesta ja tiedekunnasta puuttui tärkeitä teoreettisia oppiaineita. Bergström arvosteli tiedekunnan ilmapiiriä, jossa teoreetikot kokivat akateemista vapauttaan rajoitettavan ja joka ei vetänyt puoleensa lahjakkaita nuoria tutkijoita. Bergström korosti korkean tieteellisen tason ja teoreettisen tutkimustyön merkitystä myös kliinisten alojen opetukselle ja käytännön työlle. Bergström määritteli 1960-luvun lääkäri-ihanteen: lääkärin tehtävänä oli tutkia ja tulkita näytteitä ja oireita tieteellis-teoreettiselta pohjalta. Bergström kehotti kandidaatteja toimiin, jotta lääkärikunnan asenne muuttuisi *”primitiivisestä romaanin lääkäri-ihanteesta nykyaikaiseen tiedemieslääkäriin, jonka vastuulla lepää korkeatasoinen, teoreettiseen tietoon perustuva lääketiede”*.²⁰⁸

Medisiinarien kiinnostusta tieteelliseen tutkimukseen vahvisti julkaisujen suuri painoarvo erikoistumisvirkoja haettaessa. Näin tieteellinen työ ja erikoistuminen tavallaan kulkivat käsi kädessä. Kehityskulku herätti arvostelua käytännön lääkärin puolelta. Vuonna 1965 Lääkäriliitto ja Maalaiskuntien liitto lähettivät lääketieteellisille tiedekunnille kirjeen, jossa katsottiin kunnanlääkäripulan syyksi muun muassa *”sairaalalinjaa liiaksi suosiva koulutus”*. Kliinisten alojen opettajilla oli kokemusta työskentelystä lähinnä omalla erikoisalallaan, ja lääketieteen ongelmia esiteltiin erikoisalojen näkökulmasta. Koulutuksen epäiltiin kannustavan erikoistumaan: *”Onkin todennäköistä, että maassamme nykyisin annettava lääkärinkoulutus pikemminkin vieroittaa lääkäreitä ryhtymästä kunnanlääkäreiksi kuin ohjaa heitä siihen.”* Liitot toivoivat, että opetusta kehitettäisiin yleislääkärin työtä ajatellen ja

207 Kerppola William: Kahtiajakautunut lääkärikunta. SLL 9/1968, 745–748.

208 Bergström M.: Teorian opetus lääkärikoulutuksessa. Medisiinari 6/1966, 14–17.

opintoihin liitettäisiin kunnanlääkäripalvelu. Lisäksi pyydettiin, että erikoistumisvirkoja täytettäessä otettaisiin huomioon toiminta käytännön lääkärinä.²⁰⁹ Oulun lääketieteellisen tiedekunnan vastauksessa arvioitiin kunnanlääkäripulan kuitenkin johtuvan muista syistä kuin koulutuksesta. Tiedekunta korosti, että koulutus valmisti tasapuolisesti sekä erikoistumaan että yleislääkäreiksi. Amanuenssipalvelua ei ollut mahdollista järjestää kunnissa koulutuspaikkojen puuttuessa.²¹⁰ Turun ja Helsingin tiedekunnat taas huomauttivat, että suurin osa valmistuneista tulisi joka tapauksessa toimimaan sairaalatyössä.²¹¹

1960-luvun lopussa yleinen käsitys oli edelleen, että erikoistumispaikkoja jaettaessa kiinnitettiin huomiota hakijoiden tieteellisiin ansioihin. LKT Antti Alho arvioi *Lääkärilehdessä* vuonna 1969: kirjoittamaton laki oli, että jos lääkäri oli kiinnostunut sairaalatyöstä ja halusi edetä urallaan ylilääkäriksi, oli varmintä hankkia tohtorin arvo riippumatta kiinnostuksesta tutkimustyöhön.²¹² Valtiot. kand. Risto Jaakkolan tutkimuksessa vuodelta 1967 todettiin, että 18 prosenttia medisiinareista oli tehnyt tutkimusta tieteellisen mielenkiinnon vuoksi, 19 prosenttia meritoitumisen vuoksi ja 63 prosenttia molempien syiden vuoksi. Vuosina 1957–1965 lailistetuista lääkäreistä runsas kolmasosa oli joko väitellyt, tekemässä väitöskirjaa tai sanoi aikovansa väitellä myöhemmin. Naislääkärit tekivät miehiä vähemmän tutkimustyötä.²¹³ Tutkimustyöhön kohdistunut mielenkiinto ja väitelleiden suuri määrä kertoo siitä, että Bergströmin kuvailema tiedemies-lääkärin ihanne ei ollut kaukana todellisuudesta.

Kansainväliseen yhteistyöhön koulutuksen saralla

Alkuvuodesta 1963 *Medisiinari*-lehti julkaisi kansainvälisten asioiden erikoisnumeron, jonka pääkirjoitus alkoi: ”*Kansainvälisyys on eräs nykyisen dynaamisen elämän iskusanoista.*” Kirjoituksessa kehoitettiin seuraamaan kansainvälisiä virtauksia ja oppimaan niistä sekä antamaan myös oma panos keskusteluun – oman maan rajojen sisäpuolelle ei voinut enää käpertyä. Kansainvälisyyden haaste koski myös medisiinareita, sillä lääketiede oli yksi kansainvälisimpiä tieteitä, jossa kansainvälinen julkaisutoiminta ja eri maiden tutkijoiden yhteydenpito olivat laajenemassa. Pääkirjoituksessa korostettiin opiskelijavaihdon merkitystä medisiinarien kielitaidolle ja yhteyksille.²¹⁴ Medisiinarit olivatkin ylioppilaiden keskuudessa edelläkävijöitä ammatillisessa kansainvälisessä kanssakäymisessä: opiskelijavaihtotoiminta oli vilkasta ja kesäisin matkustettiin ulkomaiden sairaaloihin harjoittelijoiksi.²¹⁵

209 Kirje liitteenä lääk. tdk ptk 14.9.1965 (145\$), HYKA; Myös Suomen Lääkäriliitto ja Maalaiskuntien Liitto yhteisillä linjoilla maaseudun terveyden- ja sairaanhoito-olojen kehittämisestä. SLL 26/1965, 1790–1796.

210 Oulun yliopiston vastauskirjelmä 25.4.1966 erillisenä liitteenä HY lääk. tdk ptk 1966 joukossa, HYKA.

211 Lausuntoluonnos liitteenä TY lääk. tdk ptk 1.2.1966 (10\$), TYKA.

212 Alho Antti, pääkirjoitus: Väitöskirjalla ylilääkäriksi. SLL 19/1969, 1666–1668.

213 Jaakkola Risto: Nuoret lääkärit ja tieteellinen tutkimus. SLL 14/1967, 1026–1033.

214 Pääkirjoitus: Yleismaailmallisuutta kohti. Medisiinari 2/1963, 7–8.

215 Esim. Maankiertäjät. Medisiinari 7/1962, 54–61; Myös opettajat veivät toisinaan opiskelijoita opintomatkoihin ulkomaille, esim. He opiskelevat hygieniää Leningradissa. Medisiinari 7/1963, 37–40.

Suomalaiskandidaatit osallistuivat aktiivisesti International Federation of Medical Students Association IFMSA:n toimintaan. 1960-luvulla IFMSA laajentui maailmanlaajuiseksi, jolloin sen perustajamaihin lukeutuneet Pohjoismaat joutuivat luopumaan asemastaan järjestön johdossa.²¹⁶ Medisiinarien kansainväliseen toimintaan alkoi liittyä myös uusi ulottuvuuksia. Vuonna 1963 Helsingissä pidetty Pohjoismainen medisiinarikokous keskusteli yhteispohjoismaisen kansainvälisen medisiinariavun luomisesta.²¹⁷ Esimerkkiä antoi YK:n pakolaisvuoden 1960 myötä järjestäytynyt ylioppilastoiminta pakolaisten auttamiseksi.²¹⁸

Jo heti sodan jälkeen oli opiskelijoiden Pohjoismaisessa yhteistyössä esillä tutkintojen yhtenäistäminen. Jonkin verran tiedekunnat hyväksyivätkin eri Pohjoismaissa suoritettuja kursseja tutkintoihinsa.²¹⁹ Varsinainen sysäys tähän suuntaan tapahtui vuonna 1954, kun Pohjoismaat solmivat sopimuksen yhteisistä työmarkkinoista eli työvoiman vapaasta liikkuvuudesta.²²⁰ Päätös johti pohdintoihin eri maissa suoritettujen tutkintojen vastaavuudesta. Helsingin lääketieteellinen tiedekunta suhtautui lähtökohtaisesti myönteisesti pohjoismaisten lääketieteellisten tutkintojen tunnustamiseen.²²¹ Käytännön toimet etenivät kuitenkin hitaasti. Vuonna 1956 tiedekunta ilmoitti kanslerille, että se oli valmis hyväksymään muissa Pohjoismaissa suoritettut lääketieteelliset kurssit ja tutkinnot, kunhan tarkemmin määriteltäisiin missä laajuudessa ja millä edellytyksillä tämä voisi tapahtua.²²² Vuonna 1958 tiedekunta antoi rehtorille lausunnon tutkintojen vastaavuudesta. Tiedekunta totesi, että opintojen perusrakenne, niihin käytettävä aika ja suoritettavat tutkintoaineet olivat lähestulkoon samat kaikissa Pohjoismaissa. Suurempia esteitä tutkintojen hyväksymisen tiellä ei ollut. Kuitenkin opiskelijan olisi täydennettävä tietojaan tietyissä aineissa, lähinnä hygieniassa, sosiaalilääketieteessä, oikeuslääketieteessä ja psykiatriassa, sillä niiden opetuksessa käytiin läpi kansallista lainsäädäntöä. Tiedekunta huomautti myös, että varsinainen lääkäri-oikeuksien myöntäminen oli kunkin maan lääkintäviranomaisen asia.²²³

Varsin laajaan lääkärikoulutuksen yhtenäisyyteen perustuen Pohjoismaiden neuvosto antoi vuonna 1960 suosituksen lääkäreiden yhteispohjoismaisista työmarkkinoista. Tämä merkitsi käytännössä sitä, että jossakin Pohjoismaassa suoritettu tutkinto hyväksyttiin toisessa maassa.²²⁴ Tämä koski myös pohjoismaalaisten muualla ulkomailla suorittamia ja kotimaassa täydentämiä tutkintoja. Erityisesti Suomesta ja Norjasta lähti paljon opiskelijoita lääkärikoulutukseen ulkomaille. Vuonna 1962 Pohjoismaiden lääkintäviranomaiset ja lääketieteelliset tiedekunnat sopivat yhtei-

216 Hyvärinen Juhani: Jerushalaim. Medisiinari 8/1961, 28–34; Heikkinen 2008, 56.

217 LKS:n toimintakertomus 1963. Medisiinari 3/1964, 21–34.

218 Kolbe 1996, 67–72.

219 Elfving Gustaf: Aarhusin konferenssi. Medisiinari 3/1946, 10–12; Medisiinareita kiinnosti tutkintojen yhtenäistäminen myös laajemmin, ja asian edistämiseksi toimittiin mm. IFMSA:ssa jo 1950-luvun alussa. Ks. Niemi Mikko: Kansainvälinen medisiinarikokous Lontoossa. Medisiinari 6/1952, 23–24.

220 Suomen asetuskokoelma: n:o 329, 1954.

221 Lääket. tdk ptk 15.12.1953 (21§), 12.1.1954 (21§), HYKA.

222 Lääket. tdk ptk 28.2.1956 (23§), HYKA.

223 Lääket. tdk ptk 11.2.1958 (27§) liitteineen, HYKA.

224 Lääket. tdk ptk 25.9.1962 (57§), 4.12.1962 (56§) liitteineen, HYKA; Myös kirje konsistorille liitteenä lääket. tdk ptk 17.1.1961 (81§), HYKA; Myös Heinonen Olli: Uusi opetus. Medisiinari 3/1961, 10–18.

set suuntaviivat ulkomailla opiskelevien jatkokoulutuksesta kotimaissaan. Tällöin päätettiin, että jatkokoulutuksen pituuden tuli olla sama kaikissa Pohjoismaissa ja siihen kuuluivat tietyt kurssit ja sairaalapalvelua. Lisäksi tuli ottaa huomioon kunkin maan erityispiirteet ja kiinnittää huomiota ulkomailla opiskelleiden ”käytännölliseen lääkärintaitoon”.²²⁵

Yhteistyön kehitystä havainnoivat myös opiskelijat. Joulukuussa 1961 järjestettiin Göteborgissa Pohjoismainen opintokonferenssi, josta raportoi *Medisiinari*-lehdessä lääket. kand. Juhani Hyvärinen. Hän tarkasteli eri maiden opetusjärjestelmiä ja totesi, että erityisesti opiskelijoiden valintatavoissa oli merkittäviä eroja. Hyvärinen myös havainnoi kehitystendenssejä opetuksen saralla. Kaikkialla valtio painosti tiedekuntia lisäämään opiskelijamääriä lisäämättä kuitenkaan opetuksen resursseja. Opintoasioissa oli syntynyt yhteistyötä tiedekuntien ja medisiinarien kesken, vaikka sen muodot vaihtelivatkin. Kaikissa Pohjoismaissa, kuten laajemminkin kansainvälisesti, keskusteltiin käytännöllisyyden lisäämisestä koulutuksessa: ”*Osastotyötä, ryhmäopetusta ja parempaa amanuenssikoulutusta korostetaan kaikkialla.*” Opintokonferenssi toivoi, että eri Pohjoismaissa suoritettut kurssit hyväksyttäisiin opiskelijan tutkintoon kotimaassa.²²⁶ Vuonna 1963 pidettiin Helsingissä Pohjoismainen medisiinarikokous, jossa keskusteltiin opetusohjelmista, karsintajärjestelmistä, opintoyhteistyöstä ja opiskelijavaihdosta sekä pohjoismaisista erikois- ja jatkokoulutuskursseista. Kokouksen viesti opetusviranomaisille noudatteli kansainvälisiä trendejä opetuksen käytännölläisyydestä ja pedagogisuudesta.²²⁷

Myös Pohjoismaiden lääketieteellisten tiedekuntien yhteistyö voimistui. Vuonna 1964 järjestettiin Helsingissä pohjoismainen opetuskokous (”Det nordiska medicinska undervisningsmötet”), jossa käsiteltiin lääkärikoulutuksen ajankohtaisimpia puheenaiheita. Avajaisillan esitelmien aiheina oli Maailman terveysjärjestö WHO:n työ koulutuksen saralla ja lääkärikoulutus sosiologisesta näkökulmasta. Ensimmäisenä kokouspäivänä käsiteltiin ryhmä- ja kateederiopetusta, johon liittyivät alustukset pedagogisista metodeista ja yleislääkärin työn huomioimisesta kliinisessä opetuksessa. Toisena päivänä tarkasteltiin erikoislääkärikoulutusta ja tieteellistä jatkokoulutusta tiedekuntien antaman opetuksen näkökulmasta. Kolmannen päivän ohjelmassa oli television ja filmien hyödyntäminen opetuksessa, ulkomailla opiskelleiden jatkokoulutus sekä tuleva yhteistyö. Kokouksen julkilausumassa todettiin, että tiedekunnilla oli kasvava rooli jatkokoulutuksessa ja että toimiin yhteisten jatkokoulutussuunnitelmien laatimiseksi oli ryhdyttävä niin kansallisilla kuin yhteispohjoismaisella tasolla.²²⁸ Opetuskysymysten käsittelyä varten perustettiin Nordisk Federation för Medicinsk Undervisning (NFMU). Sen jäseniksi tulivat Pohjoismaiden lääketieteelliset tiedekunnat, lääkintöhallitukset,

225 Lääket. tdk ptk 25.9.1962 (57§), 4.12.1962 (56§) liitteineen, HYKA.

226 Hyvärinen Juhani: Pohjoismainen opintokonferenssi. *Medisiinari* 2/1962, 26–33.

227 Pääkirjoitus: Yhteistyö laajenee. *Medisiinari* 7/1963, 7; Sihteeri. *Medisiinari* 7/1963, 48–49; LKS:n toimintakertomus 1963. *Medisiinari* 3/1964, 21–34; Tapahtunutta. *Medisiinari* 3/1964, 80.

228 Lääket. tdk ptk 10.9.1963 (80§), 3.12.1963 (58§), 10.3.1964 (37§) liitteineen, HYKA.

lääkäriliitot ja opiskelijajärjestöt. NFMU:n tehtäväksi tuli järjestää opetusta käsitteleviä kokouksia ja aloittaa aihetta koskeva tutkimus.²²⁹

Pohjoismaiden neuvosto antoi loppuvuodesta 1964 Pohjoismaiden hallituksille suosituksen erikoislääkärikoulutuksen yhdenmukaistamisesta. Tarkoituksena oli luoda yhteiset määräykset erikoislääkärien pätevyyden saavuttamisesta. Helsingin tiedekunnassa komitean ehdotuksiin suhtauduttiin suopeasti, sillä ne eivät merkinneet suurta muutosta suomalaisissa määräyksissä. Käytännössä koulutus oli pidentymässä vuodella.²³⁰ Tämän pohjalta lääkintöhallituksen spesialiteettilautakunta uudisti erikoistumismääräykset, joissa koulutukseen sisältyi yleiskoulutus, varsinainen erikoisalan koulutus ja kuulustelu. Yleiskoulutus jakautui sairaalapalveluun, toimintaan yleislääkärinä ja vapaavalintaiseen osaan.²³¹ Helsingin lääketieteellisessä tiedekunnassa arveltiin kunnanlääkäripulan vaikuttaneen siihen, että kuuden kuukauden yleislääkäritoiminta määrättiin pakolliseksi osaksi erikoistumista. Tiedekunta suhtautui tähän nihkeästi, sillä se saattaisi vaikeuttaa tutkijanuralle suuntautuvien tutkimustyötä.²³² Tiedekunta aloitti erikoislääkärikoulutuksen yliopistollisten kurssien suunnittelun loppuvuodesta 1967.²³³

Kansainvälinen yhteistyö lääkärikoulutuksen saralla tiivistyi laajemminkin. Aktiivisia toimijoita olivat Maailman Lääkäriliitto WMA ja Maailman terveysjärjestö WHO. Säännöllisesti vuodesta 1950 alkaen kokoontui WHO:n alaisuudessa lääkärin ja muun terveydenhuoltohenkilökunnan koulutusta käsittelevä asiantuntijakomitea, jonka raporteissa näkökulmana oli usein ehkäisevän ja sosiaalilääketieteen osuuden lisääminen koulutuksessa.²³⁴ Vuonna 1953 komitea tarkasteli lääkärin peruskoulutusta, jonka tavoitteeksi määriteltiin paikallisia terveydenhuollon tarpeita vastaava yleislääkärin koulutus. Lääkärikasvatuksen osalta oli tärkeää, että koulutuksen merkitykseen medisiinarien asenteiden muovaamisessa ja heidän henkisessä kehityksessään kiinnitettäisiin enemmän huomiota. Koska oli tärkeää kehittää opiskelijoiden ymmärrystä yhteiskunnasta ja heidän tulevasta roolistaan lääkärinä sekä potilassuhteesta, koulutukseen tuli sisällyttää yhteiskunta- ja käyttäytymistieteitä ja yliopistoihin tuli perustaa ehkäisevän ja sosiaalilääketieteen laitoksia. Lääketieteen opiskelijoille oli asetettava korkeat fyysiset ja psyykkiset vaatimukset, joiden edistämistä myös yliopistot olivat vastuussa. Opettajien oli tuettava medisiinarien positiivisten asenteiden kehittymistä lääketiedettä, potilaita ja ammattikäytänteitä kohtaan omalla esimerkillään, antaa psyykkistä tukea opintojen aikana sekä opettaa varhain lääkärin etiikkaa.²³⁵ WHO:n painotuksiin vaikut-

229 Lääket. tdk ptk 27.10.1964 (44\$), 18.12.1964 (63\$), 21.6.1966 (18\$) liitteineen, HYKA.

230 Lääket. tdk ptk 14.9.1965 (144\$), 12.10.1965 (38\$) liitteineen, HYKA; TY lääket. tdk ptk 7.9.1965 (24\$) liitteineen, TYKA; Myös Helske Esko, pääkirjoitus: Erikoislääkärin koulutuksesta. Medisiinari 6/1965, 7–8; Brummer Pekka: Lääketieteen opinnoista maassamme. SLL 29/1965, 2046–2047.

231 Uudet erikoistumismääräykset. SLL 16/1966, 1408–1412.

232 Lääket. tdk ptk 1.2.1966 (43\$) liitteineen, HYKA.

233 Lääket. tdk ptk 4.12.1967 (35\$), HYKA.

234 Ensimmäinen komitearaportti oli WHO: Expert Committee on Professional and Technical Education of Medical and Auxiliary Personnel 1950; WHO:n merkityksestä myös Järvinen 1985, 1–2 ja Vainiomäki 1995, 27–29.

235 WHO: Expert Committee on Professional and Technical Education of Medical and Auxiliary Personnel 1953, 3–7, 15–17, 23–24; Myös WHO: The Teaching of the basic medical sciences in the light of

ti, että se tarkasteli lääkärikoulutusta myös kehitysmaiden näkökulmasta. Komitean ihanne perustui kuitenkin hyvin samantapaisille määrittelmille, joita Suomessa 1950-luvulla liitettiin kunnanlääkäreihin. Uutta oli ehkäisevän lääketieteen ja hyvän potilassuhteen painottaminen osana koulutusta.

WMA:n aloitteesta ryhdyttiin järjestämään lääketieteen koulutuksen maailmankonferensseja, joista ensimmäinen pidettiin vuonna 1953 Lontoossa – teemanä oli peruskoulutus. Ohjelma oli jaettu neljään sessioon: sisäänpääsyvaatimukset, lääketieteen opinto-ohjelman tavoitteet ja sisältö, koulutuksen tekniikat ja menetelmät sekä ehkäisevän ja sosiaalilääketieteen opetus. WHO oli mukana konferenssissa, ja ilmeisesti osittain sen vaikutuksesta viimeinen teema oli otettu mukaan. Puhujien joukossa oli kaksi suomalaista: professori Niilo Pesonen kertoi anatomian opetuksesta ja tohtori J. Wikström epidemiologian opetuksesta.²³⁶ Vaikka laaja seminaari ei tuottanut mitään yhtä yhteistä loppupäätelmää, osanottajat olivat yhtä mieltä siitä, että lääkärikoulutuksessa tarvittiin uudistuksia kaikkialla. Keskeisiä trendejä olivat tutkinnon sirpaloitumisen estäminen oppiaineiden integraation avulla sekä uusien opetusmetodien käyttö, kuten ryhmäopetuksen painottaminen, teknisten välineiden hyödyntäminen ja opetuksen järjestäminen sairaaloiden ulkopuolella – teemoja, joista myös Suomessa keskusteltiin. Ehkäisevän ja sosiaalilääketieteen opetus sai jopa yllättävän suuren huomion konferenssissa, sillä näiden oppiaineiden osuudesta lääkärikoulutuksessa ei vielä 1950-luvun alussa ollut yksimielisyyttä.²³⁷ Myöhemmin todettiin, että konferenssi oli jättänyt osallistujiinsa lähtemättömän vaikutuksen: innostusta uudistuksiin, jotka eivät välttämättä toteutuneet kotimaiden konservatiivisissa yliopistoissa.²³⁸

Lääkärien korkealaatuisen koulutuksen edistäminen kaikkialla maailmassa oli tärkeällä sijalla WHO:n intresseissä. Sen asiantuntijakomiteassa esitettiin jo 1950-luvun alussa lääkärikoulutuksen perusperiaatteiden määrittelemistä, jotka olisivat sovellettavissa eri puolilla maailmaa.²³⁹ Vuonna 1956 WHO:n yleiskokouksessa (9th World Health Assembly) kehoitettiin järjestöä laatimaan lääketieteelliselle koulutukselle kansainväliset minimistandardit – toisin sanoen tavoitteena oli määritellä alhaisimmat mahdolliset vaatimukset, jotka peruskoulutuksen tulisi kaikkialla täyttää. Tavoitteena oli mahdollistaa jatko-opiskelu ulkomailla, luoda koulutuslaitoksille yhtenäiset kriteerit sekä auttaa ratkaisemaan lääkäripulasta aiheutuneita ongelmia säilyttäen koulutuksen taso.²⁴⁰ Vuonna 1961 WHO:n asiantuntijakomitea

modern medicine 1961, 5.

236 First World Conference on Medical Education. *BMJ* Feb. 28, 1953, 494–495; First World Conference on Medical Education (Programme). *BMJ* Feb. 28, 1953, 503; World Conference on Medical Education. *BMJ* July 4, 1953, 27–28; First World Conference on Medical Education (Programme of section sessions). *BMJ* July 4, 1953, 33–34; First World Conference on Medical Education. *BMJ* Aug. 29, 1953, 478–479.

237 First World Conference on Medical Education. *BMJ* Sept. 5, 1953, 549–551; First World Conference on Medical Education. Closing Plenary Sessions. *BMJ* Sept. 12, 1953, 615–627.

238 Conclusions and results of the first world conference on medical education. *BMJ* Sept. 5, 1959, 324–325.

239 WHO: Expert Committee on Professional and Technical Education of Medical and Auxiliary Personnel 1950, 6.

240 WHO: Internationally Acceptable Minimum Standards of Medical Education 1962, 5.

kokoontui laatimaan raporttia asiasta. Komiteassa olivat mukana Birminghamin yliopiston professori W. Melville Arnott, joka oli toiminut WMA:n ensimmäisen lääketieteellisen koulutuksen konferenssin varapuheenjohtajana, sekä Uppsalan yliopiston anatomian professori Bror Rexed, joka oli sittemmin mukana Pohjoismaisessa yhteistyössä lääkärikoulutuksen saralla.²⁴¹

Minimistandardit määrittivät lääkärien peruskoulutuksen tavoitteeksi mahdollisimman vahvan pohjan luomisen niin jatko-opiskelulle kuin ammatissa toimimiselle. Vaikka suurimmassa osassa maailman maita peruskoulutus antoi mahdollisuuden työskennellä käytännön yleislääkärinä, jatkokoulutuksen vaatimukset olivat lisääntyneet. Raportti ei antanut suoraa vastausta kysymykseen koulutuksen tavoitteesta, mutta määritteli keskeiseksi sen, että peruskoulutus oli kaikille sama ja että valmistuneella tuli olla valmiudet jatkuvaan opiskeluun alallaan. Raportissa korostettiin, että lääkärikoulutuksen tavoitteita pohdittaessa oli otettava huomioon kunkin maan terveydenhuollon tarpeet ja resurssit. Medisiinareille asetettiin ihan-teita: opiskelijoiden tuli olla älykkyudessa, ahkeruudessa ja päättäväisyydessä keskiarvon yläpuolella lääkärin työn korkeiden vaatimusten vuoksi. Tärkeää oli, että heille kehittyisi opintojen aikana joustava ja kriittinen asenne jatkuvasti muuttuvaa alaansa kohtaan.²⁴²

Akateemisen kasvatuksen ydintä oli professorien ja opettajien henkilökohtainen ohjaus, jota raportin mukaan tuli erityisesti painottaa. Kliinisen opetuksen tuli rakentua potilastapausten ympärille siten, että opiskelija pääsisi tutustumaan potilaaseen kokonaisuutena ja oppisi myös ehkäisevän ja sosiaalilääketieteen teemoja perehtymällä potilaan elinympäristöön. Raportissa korostettiin siirtymistä sairaalakeskeisyydestä koulutukseen, joka valmistaisi työskentelyyn avoterveydenhuollossa. Varsinaiset suositukset oli määritelty varsin yleisellä tasolla. Joka tapauksessa raportti tiivisti keskeisiä ajatuksia, jotka vaikuttivat 1960-luvulla Suomessakin käytyyn keskusteluun lääkärikoulutuksen kehittämisestä. Keskeisimpiä trendejä olivat ehkäisevän lääketieteen koulutuksen osuuden lisääminen sekä peruslääketieteiden ja kliinisten tieteiden integrointi. Myös opetusmenetelmät saivat huomiota: tärkeitä menetelmiä olivat kokemuksista oppiminen (*“learning by experience”*) ja kyky itseoppimiseen. Muuten raportti heijasteli jo varsin pitkään keskustelussa olleita näkemyksiä kliinisen vaiheen rakentumisesta potilastapausten ja henkilökohtaisen opetuksen ympärille sekä pienryhmäopetuksen varaan.²⁴³ Vuonna 1967 WHO:n asiantuntijakomitea käsitteli tarkemmin avoterveydenhuollon yksiköiden hyödyntämistä lääkärikoulutuksessa. Komitea piti tärkeänä, että koulutuksen aikana opiskelijalle syntyisi epidemiologinen ja sosiaalinen orientaatio lääkärin työhön ja kyky yhteistyöhön muun terveydenhuollon henkilöstön kanssa, mikä toteutuisi parhaiten opetusterveyskeskuksessa.²⁴⁴

²⁴¹ WHO: Internationally Acceptable Minimum Standards of Medical Education 1962; Ks. myös Pohjoismaisen opetuskokouksen ptk liitteenä lääket. tdk ptk 27.10.1964 (44\$), HYKA.

²⁴² WHO: Internationally Acceptable Minimum Standards of Medical Education 1962, 9–10, 24–25.

²⁴³ WHO: Internationally Acceptable Minimum Standards of Medical Education 1962, 13–14, 26–27, 31–33.

²⁴⁴ WHO: The Use of Health Service Facilities in Medical Education 1967, 32–33; Myös WHO: Promotion of Medical Practitioners’ interest in Preventive Medicine 1964, 13–14.

Kansainvälisen yhteistyön merkitys Suomen lääkärikoulutukselle ilmeni kahdella tavalla. Pohjoismainen yhteistyö tuotti pyrkimyksen yhtenäistää koulutuksen rakenteita. Kansainväliset trendit taas painottivat sisällöllisiä uudistustarpeita: ehkäisevän ja sosiaalilääketieteen osuuden lisäämistä, avoterveydenhuollon ottamista mukaan opetukseen ja voimakkaampaa kiinnittymistä yhteiskuntaan. Suomessa kysymykset lääkärikoulutuksen tavoitteista ja ihanteista sekä rakenteista ja menettelmistä kietoutuivat vuosikymmenen lopulla valtion tavoitteisiin kansanterveyden saralla. Lääkärikasvatuksessa liikkeelle panevana voimana olivat jälleen opiskelijat.

* * * * *

1950- ja 1960-luvun taitteessa lääkärikoulutukseen kohdistui määrällisten paineiden lisäksi sisällöllisiä paineita. Ne merkitsivät lääkärikasvatuksessa uudelleenarviointia. Opetusmetodien osalta avainsanoja olivat ryhmäopetus, itsenäinen työskentely, henkilökohtainen ohjaus ja käytännön harjoittelu. Nämä ilmenivät Helsingin lääketieteellisen tiedekunnan opintouudistuksessa, joka oli pitkälti kandidaattien toiveiden mukainen ja heidän kädenjälkensä näkyikin siinä. Samalla opintouudistus ilmensi koulutuksen tavoitteen määrittymistä yhä enemmän erikoistumisen lähtökohdista. Vaikka kaikille sama peruskoulutus säilytettiin, uudistus perustui ajatukseen, että suurin osa erikoistuisi. Spesialisoitumisen rinnalla kehittyi tieteellisen tutkimuksen linja. Tutkimustyötä tehtiin sekä meriittien keräämiseksi erikoistumista varten että tieteellisestä mielenkiinnosta. Kehitys vahvisti teoreettisten ja kliinisten alojen sekä erikois- ja yleislääkäriyden välisiä rajoja. Kansainvälisellä tasolla näitä raja-aitoja pyrittiin madaltamaan korostamalla koulutuksen kehittämistä käytännön lääkärin työn näkökulmasta. Uusia trendejä olivat oppiaineiden integrointi kokonaiskuvan parantamiseksi sekä ehkäisevän ja avoterveydenhuollon osuuden lisääminen tutkinnoissa. Suomessakin keskustelu suuntautui yhä enemmän siihen, miten opetus paremmin vastaisi yleislääkärin työn tarpeita.

3. 1960-luvun medisiinariyhteisö – tradition ja radikalismien rinnakkaiselo

Lääketieteenkandidaattiseuran 1960-luku – tiedekuntatradition kukoistuskausi

*”Kun mä kuolen vanhan Rauberini saat /
sillä taivaan Aasiksella pärjää kyllä Pesosella...”*

Marraskuussa 1966 helsinkiläisten medisiinarien Aasis II ja III -kurssit viettivät fetusjuhlia ravintola Adlonissa. Ohjelmassa oli kolmen ruokalajin istuva illallinen, jonka aikana kuultiin puheita ja Lääketieteenkandidaattiseuran kamariyhtytettä, laulettiin ylioppilaslauluja sekä seurattiin speksiä ”Jänkäköngäs Revue”. Juhlan ohjelmavihkossa kuvattiin speksin juonta seuraavasti: *”Jo vuosikausia on Jänkäköngään katajaisen kansan piirissä tajuttu tuskallisen vavahduttavana puutteena kulttuurielämän takapajuisuus. Kulttuuriradikaalien kaikki pyrkimykset on tyrmätty taantumuksellisten suurporon omistajien ja kotiteollisuuspiirien vastustuksen toimesta.”* Lopuksi tanssittiin vanhoja tansseja: poloneesi, *Pas de Quatre*, *Mignon*, *Pas d’Espagne* ja valssi. Ravintola Adlonista siirryttiin jatkoille LKS:n huoneistoon.²⁴⁵



Kuva 2. Helsingin medisiinarit viettivät fetustajaisia akateemisena illallisena ravintola Adlonissa vuonna 1966.²⁴⁶

²⁴⁵ Festa Fetuum MCMLXVI -ohjelmavihko 1966, Yrjö Qvarnbergin arkisto.

²⁴⁶ Valokuva Yrjö Qvarnbergin arkisto.

Vuoden 1966 fetusjuhlan ohjelmavihkonen ja valokuva juhlasta avaavat näköalan akateemiseen ylioppilaskulttuuriin, johon 1960-luvun medisiinarit sitoutuivat. Perinteen ulkoisia ilmentymiä olivat frakki- ja iltapukujuhlat, niissä laulettu ylioppilaslaulut ja musiikilliset näytelmät eli speksit. Ohjelmavihkossa käytetty latinan kieli, kuten ”Festa fetuum” (=fetusjuhla) ja ”Cursus II et III aasis” (=Aa-siksen II ja III kurssi), sekä ranskankielinen menu ilmensivät traditiotietoista, yläluokkaista juhlakulttuuria. Akateemisen sitoutumisen ilmentymä oli myös ensimmäisenä lauluna vihkoon painettu ”De brevitae vitae”. Tämä osakuntapohjainen ylioppilaskulttuuri oli lyönyt LKS:ssä läpi 1950- ja 1960-lukujen vaihteessa – tosin kurssien juhlissa sillä oli pidemmät perinteet. Tämän alaluvun alussa siteeratun ylioppilaslaulun ”Kun mä kuolen” medisiinarit olivat sanoittaneet uudestaan. Rau-beri ja Pesonen viittasivat anatomian oppikirjoihin, ja laulun muissa säkeistöissä luvattiin luovuttaa pois eri elimiä, kirurgin veitsi, gynekologin spekula ja lääkärin taksamittari. Laulu tuo hyvin esille, miten tiedekuntajärjestöt yhdistivät juhlissaan piirteitä akateemisesta, lääketieteellisestä ja ammattikunnan kulttuurista. Speksin johdannosta siteerattu kappale taas kertoo pyrkimyksestä ottaa kantaa ajankoh- taiseen yhteiskunnallisiin teemoihin. Esimerkki vuoden 1966 fetusjuhlasta kuvaa medisiinariyhteisöjen akateemis-ammattillista kulttuuria, joka vaikutti koko lääkä- rikunnan omakuvaa.²⁴⁷

Laura Kolbe on tutkimuksessaan Helsingin yliopiston ylioppilaskunnan his- toriasta luonnehtinut 1960-lukua osakuntien kulta-ajaksi. Osakuntien jäsenmää- rät kasvoivat suurten ikäluokkien tullessa yliopistoon, ja niiden toiminta laajeni ja monipuolistui.²⁴⁸ Sama koskee Lääketieteenkandidaattiseuraa, jonka jäsenmäärä kasvoi, kun tiedekunnan sisäänottomäärää nostettiin 1960-luvun alkupuolella. Toi- mintansa, jäsenpalveluidensa sekä kokonsa ja arvovaltansa puolesta LKS muistutti osakuntia. Vuoden 1959 toimintakertomuksessa todettiin seuran saavuttaneen ar- vostetun ja ulkonaisesti vahvan aseman, jota oli pyritty lujittamaan edelleen lisää- mällä jäsenistön aktiivisuutta ja yhteishenkeä. Oma huoneisto mahdollisti toimin- nan laajentamisen, ja jäsenistön kiinnostus seuraa kohtaan näytti kasvavan. Suhteet tiedekuntaan olivat lähentyneet, ja yhteydenpito ulospäin, kuten ylioppilaskuntaan ja Duodecim-seuraan, oli vilkastunut.²⁴⁹ Voikin sanoa, että 1960-luvusta tuli myös LKS:n kulta-aikaa. Toiminnassa näkyi uudenlaista intoa, jota pyrittiin ohjaamaan ja kasvattamaan perustamalla valiokuntia.²⁵⁰ Uudet toimintamuodot vahvistivat medisiinarien yhteisöllisyyttä ja ammatti-identiteettiä. Jäsenten aktiivisuuden pohjalta syntyi kerhoja, kuten bridge- ja shakkikerhot, kristillinen Medipiiri, ka-

²⁴⁷ Aalto 2010, 146.

²⁴⁸ Kolbe 1996, 272.

²⁴⁹ LKS 1960 (toimintakertomus vuodelta 1959). Medisiinari 3/1960, 18–46; Lääketieteenkandidaattiseura A.D. 1960. Medisiinari 3/1961, 19–31.

²⁵⁰ Sihteeri: Talouskokous. Medisiinari 10/1961, 22–23; Uusi. Medisiinari 1/1962, 26–28; Sihteeri. Medisii- nari 1/1962, 41; Sihteeri. Medisiinari 2/1962, 34–35.

mariorkesteri ja elokuvakerho Medek.²⁵¹ Kurssit säilyivät edelleen medisiinarien perusyksiköinä, ja niiden tilaisuuksille oma huoneisto antoi hyvät puitteet.²⁵²

1960-luku oli vilkastuvan toiminnan aikaa myös muissa saman alan opiskelijoiden järjestöissä Helsingin yliopiston piirissä. Niiden joukossa LKS:ää voi pitää monessa asiassa edelläkävijänä. Toinen suuri tiedekuntajärjestö oli lainopin ylioppilaiden Pykälä. Yhdistyksen historiaa tutkineen Mia Korpiolan mukaan Pykälästä kehittyi 1950-luvun jälkipuoliskolla ammattiyhdistysmäinen ”keskusjärjestö”, jonka uusia toimintamuotoja olivat edunvalvonta, yhteydenpito Lakimiesliittoon ja opiskelijoiden kasvattaminen juristien ammattikuntaan. Tällöin aloitettiin fuk-sitoiminta ja perustettiin oma lehti sekä ryhdyttiin järjestelmällisesti lisäämään jäsenmäärää. Korpiola on todennut, että Pykälään kuului kuitenkin vuonna 1961 vain 52 prosenttia lainopillisen tiedekunnan opiskelijoista, kun lähes kaikki kandidaatit kuuluivat LKS:ään; teologisessa luku oli 89 prosenttia ja maatalous-metsätieteellisessä 83 prosenttia.²⁵³ Pykälässä 1960-luku oli suotuisaa aikaa: organisaatiota kehitettiin, kansainväliselle yhteistyölle luotiin puitteet ja oma huoneisto hankittiin. Vuonna 1959 perustettiin Pykälän ja ruotsinkielisen Codexin aloitteesta lainopilliseen tiedekuntaan professorien ja opiskelijoiden yhteinen opintoneuvottelukunta.²⁵⁴ Kuitenkin voimakkaita opiskelijayhdistyksiä oli lähinnä ammattisuuntautuneissa tiedekunnissa, ja muuten Helsingin yliopiston aine- ja tiedekuntajärjestöjen kenttä oli heterogeeninen. LKS:n erotti muista luultavasti eniten sen vakaa taloudellinen asema, joka pohjautui jäsenmaksujen lisäksi julkaisumyyntiin, lääketehtaiden avustuksiin ja *Medisiinari*-lehden ilmoitusmyyntiin.²⁵⁵ Monet pienemmät aineyhdistykset olivat riippuvaisempia jäsenmaksuista ja ylioppilaskunnan taloudellisesta tuesta, joka oli tiedekunta- ja aineyhdistyksille pieni. Kyse oli perinteisestä ylioppilaspoliittisesta kiistakysymyksestä: historiallisista syistä osakunnille jaettiin HYY:n jäsenmaksusta noin puolet, kun taas tiedekuntajärjestöt saivat selvästi pienemmän osuuden.²⁵⁶

Ylioppilaspoliitikassa LKS ja Hammaslääketieteenkandidaattiseura (HLKS) osallistuivat HYY:n edustajiston vaaleihin osakuntien vaalirenkaassa vuosina 1955–1961. LKS:llä oli säännöllisesti edustaja HYY:n hallituksessa. Vuonna 1963 järjestöt palasivat yhteistyöhön Tiedekuntajärjestöjen keskustoimikunnan (TKT) kanssa ja tiedekuntajärjestöjen vaaliliittoon.²⁵⁷ Medisiinarien siirtymiseen TKT:hen ei

²⁵¹ Esim. Vuosi 1962. *Medisiinari* 3/1963, 43–54; Lääketieteenkandidaattiseuran toimintakertomus 1963. *Medisiinari* 3/1964, 21–34; Myös Heikkinen 2008, 72–74, 84, 98.

²⁵² Näin toimittiin 1961. *Medisiinari* 3/1962, 30–44.

²⁵³ Korpiola 2010, 78–81.

²⁵⁴ Korpiola 2010, 102, 117–119, 145.

²⁵⁵ Heikkinen mainitsee LKS:n historiassa seuran talouden tasapainottuneen 1950-luvulla *Medisiinari*-lehden ansiosta, mutta ei käsittele tarkemmin mainosmyyntiä, ks. Heikkinen 2008, 112. *Medisiinari*-lehteä selaamalla saa kuitenkin kuvan mainosmyynnin laajuudesta; Taloudesta myös toimintakertomuksissa, esim. Näin toimittiin 1961. *Medisiinari* 3/1962, 30–44; Vuosi 1962. *Medisiinari* 3/1963, 43–54; Lääketieteenkandidaattiseuran toimintakertomus 1963. *Medisiinari* 3/1964, 21–34.

²⁵⁶ Kolbe 1996, 273–274; HYY:n jäsenmaksu tavallaan sisälsi osakuntien jäsenmaksun, sillä se oli alun perin luotu keskitetyksi keinoksi kerätä osakuntien jäsenmaksut. Maksut menivät ylioppilaskunnalle, joka tilitti ne edelleen osakunnille. Aluksi HYY pidätti itsellään osakunnattomien maksut, myöhemmin enemmänkin. Ks. Klinge 1990, 104.

²⁵⁷ Lääketieteenkandidaattiseuran toimintakertomus 1963. *Medisiinari* 3/1964, 21–34.

vaikuta liittyneen dramatiikkaa, sillä asiaa ei käsitelty *Medisiinari*-lehdessä. Luultavasti opintoyhteistyön käynnistäminen ja HYY:n pyrkimys edistää sitä lähensi LKS:ää muihin tiedekuntayhdistyksiin. Osakuntien ja tiedekuntayhdistysten vastakkainasettelu oli myös alkanut syventyä, ja Tiedekuntajärjestöjen vaaliliiton mainos *Ylioppilaslehdessä* julisti: ”Tiedekunta – eikä osakunta”.²⁵⁸ Vastakkainasettelua luotiin edelleen tiedekuntayhdistysten vaaliohjelmassa, jossa syytettiin osakuntia edustajiston passiivisuudesta. Tiedekuntayhdistykset korostivat rooliaan opiskelijoiden etujen ajamisessa ja vaativat HYY:n avustusten tasaisempaa jakoa. Ne ajoivat painoarvonsa kasvattamiseksi osakuntapohjaisen vaalipiirijaon poistamista ja äänestyspaikkojen siirtämistä ”puolueettomalle maaperälle” – nämä muutokset toteutuivat vuonna 1965.²⁵⁹ Vuoden 1963 vaalit eivät juuri muuttaneet voimasuhteita: tiedekuntayhdistykset saivat edustajistoon 15, osakunnat 43 ja Akateeminen Sosialistiseura kaksi edustajaa.²⁶⁰

Tiedekuntayhdistysten ja osakuntien välisissä suhteissa oli vanhaan tapaan kysymys ammatillisen ja sivistyksellisen yliopistokasvatuksen suhteesta. 1950-luvulla määritellyt rajat, joiden mukaan ammatillinen kasvatus kuului tiedekuntayhdistyksille ja yleinen kansalaiskasvatus osakunnille, alkoivat hämärtyä. Murroksesta suhteissa kertoo se, että vuoden 1963 jälkeen LKS:n puheenjohtajat eivät enää kannustaneet medisiinareita aktiivisesti osakuntatoimintaan niin kuin aiemmin oli ollut tapana.²⁶¹ LKS:n oman toiminnan laajeneminen lienee vienyt jossain määrin pois medisiinarien tarvetta osallistua osakuntatoimintaan, mikä taas loi entisestään kysyntää LKS:n korvaavalle toiminnalle. Sosiologi Marjatta Marinin tutkimuksen mukaan vuonna 1962 medisiinareista 35 prosenttia oli osallistunut osakunnan järjestämään tilaisuuteen, 34 prosenttia tiedekuntajärjestön esitelmä- yms. tilaisuuteen ja 43 prosenttia tiedekuntajärjestön huvi- ja virkistystilaisuuteen.²⁶² Tämän tarkemmin rivimedisiinarien aktiivisuutta eri yhteisöissä ei liene tutkittu. Marin on todennut, että yleisellä tasolla 1960-luvun puolivälin tienoilla tiedekuntatausta syrjäytti osakuntataustan ylioppilaiden ensisijaisena identiteetin lähteenä.²⁶³

Vuodesta 1965 tuli tiedekuntayhdistysten ja osakuntien välisten suhteiden murrosvuosi. Tätä enteilivät alkuvuodesta LKS:n puheenjohtaja Pertti Virkolan sanat: ”Yliopisto ja osakunnat ovat jossain mielessä menettäneet otteensa opiskelijaan, joka on ennen kaikkea ammattiinsa valmistuva ihminen --.”²⁶⁴ Virkola osui asian ytimeen: osakunnat eivät enää tavoittaneet ylioppilaita samalla tavalla kuin ennen. Vaikka lähes kaikki ylioppilaat edelleen liittyivät osakuntiin, jäsenmäärien kasvulla ei ollut vain positiivisia seurauksia. Osakuntien sisälle syntyi ”pieniä klikkejä”, passiivis-

258 Ylioppilaslehti 31/1963, mainos s. 3.

259 Edustajisto – ylioppilasdemokratian heikko kohta. Ylioppilaslehti 32/1963, 6–7.

260 Kolbe 1996, vaalitulokset liitteenä s. 563.

261 Puheenjohtajan sana. Medisiinari 1/1957, 42–43; LKS:n puheenjohtajan tervehdyspuhe 25-vuotisjuhlassa. Medisiinari 4/1958, 8–9; Uusi nuijamies. Medisiinari 1/1960, 24–25; Uusi puheenjohtaja. Medisiinari 1/1963, 34–36.

262 Marin 1970, 100–101.

263 Marin 1970, 15–19.

264 LKS:n uusi puheenjohtaja. Medisiinari 1/1965, 42–43.

ten määrä kasvoi ja osakuntatoiminnasta syrjäytyneiden kokemukset lisääntyivät²⁶⁵. Osakuntia kritisoivat nyt sekä tiedekuntajärjestöt että radikaalit ylioppilaat. Radikaalien kritiikki osakuntia kohtaan perustui aatteellis-poliittisiin lähtökohtiin, kun taas tiedekuntayhdistykset kritisoivat erityisesti osakuntien taloudellista ja järjestöllistä valta-asemaa ylioppilasyhdistysten kentällä.²⁶⁶

Vuoden 1965 HYY:n edustajistovaalit osoittivat, että opiskelijat määrittelivät identiteettinsä entistä enemmän tulevan ammatillisen roolinsa näkökulmasta. Tiedekuntayhdistykset ottivat suuren vaalivoiton ja mursivat osakuntien valta-aseman. Molemmat ryhmät saivat 27 paikkaa edustajistoon. Loput kuusi paikkaa menivät Radikaaliselle vaaliliitolle (Akateeminen Sosialidemokraattinen yhdistys ASY, liberaalit ja Akateeminen Sosialistiseura ASS), joka ajoi puoluepolitiikkaa edustajistoon. ASY:stä valittujen joukossa oli lääket. kand. Ilkka Taipale.²⁶⁷ LKS:ssä oli etukäteen ennustettu tiedekuntajärjestöjen menestystä. Medisiinareita oli kannustettu äänestämään omia ehdokkaita vetoamalla asiantuntemukseen korkeakoulupolitiikassa ja opintoasioissa. Vastakkainasettelua oli luotu mielikuvilla kotiseututyöhön ja lauantaitanseihin keskittyneistä osakunnista, kun vain tiedekuntayhdistykset huolehtivat opiskelijoiden ammatillisesta kasvattamisesta ja ammattikuntaan so-
siaalistamisesta. Kuitenkin LKS painotti, ettei tarkoitus ollut kaataa osakuntia.²⁶⁸ Pääsihteeri Juhani Karkamo katsoi tiedekuntajärjestöjen menestyksen yhdeksi syyksi opiskelijaelämän muutoksen. Kun opiskelijamäärät kasvoivat ja opinto-
vaatimukset kiristyivät, osakunnassa oleskeluun ei ollut enää aikaa. Opiskelijat kaipasivat tiedekuntajärjestöjen tarjoamaa pääomaa: ammatillisia tietoja ja etuja sekä yhteyksiä. Uudessa tilanteessa tiedekuntayhdistysten katsottiin olevan suuren vastuun edessä ylioppilaskunnassa.²⁶⁹ Seuraavat vuodet olivatkin tiedekuntayhdistysten ohjelman mukaisesti aktiivista aikaa korkeakoulupolitiikassa, jossa huomio kiinnitettiin opintoyhteistyöhön, -neuvontaan ja opintojen systemoimiseen.²⁷⁰ Trendi oli samanlainen myös Turussa, jossa opintosuuntayhdistykset syrjäyttivät osakunnat 1960-luvulla ylioppilaskunnan edustajiston suurimpana ryhmänä.²⁷¹

HYY:n edustajistovaalien tarkastelu tuo esille, että ylioppilasmaailmassa voimistui ensin ammatillinen suuntaus. LKS oli johtamassa tätä kehityskulkua: Marjatta Marinin tutkimuksen mukaan medisiinareilla oli koko 1960-luvun voimakas yli-
edustus HYY:n edustajistossa verrattuna muihin tiedekuntajärjestöihin.²⁷² Ammatillisuuden rinnalle alkoi vähitellen nousta ylioppilasradikalismi, joka eteni asteittain kulttuurisista kysymyksistä yhteiskunnallisempaan ja puoluepoliittisempaan suuntaan. Murrosvuosi oli Laura Kolben mukaan 1964, jolloin sukupolviasetelma

265 Passiivisuutta havaittiin myös LKS:ssä. Medisiinari-lehden pääkirjoituksessa verrattiin vuonna 1959 LKS:ää osakuntiin pohdittaessa jäsenistön aktiivisuutta ja suuren jäsenmäärän synnyttämää ”syrjeksittyjen joukkoa”. Ks. Pääkirjoitus: Yhteishengestä. Medisiinari 4/1959, 7.

266 Kolbe 1996, 272–276; Osakuntakritiikistä myös Ketonen 1964, 24–25.

267 Kolbe 1996, 113–119, 188–189.

268 Vaalit. Medisiinari 7/1965, 58.

269 Pääsihteeri. Medisiinari 8/1965, 74; Myös Aromaa Arpo: LKS. Medisiinari 1/1966, 7–9.

270 Kolbe 1996, 136–138, 264–266.

271 Ketonen 2001, taulukko edustajistopaikkojen jakautumisesta s. 155.

272 Marin 1970, taulukko 14 s. 40.

tuli näkyväksi, kun ylioppilaat nostivat julkisuuteen uusia näkökulmia rauhan ja isänmaallisuuden kysymyksiin sekä kansainvälisyyteen, kasvatukseen ja kulttuuriin. Kuten vaalit osoittivat radikalismi oli sävyltään uusvasemmistolaisista, ja se sitoutui vasemmiston, liberaalien ja keskustan opiskelijajärjestöihin.²⁷³ Alun perin radikalismi versoi erityisesti suurissa osakunnissa, ja niiden tapaan LKS:stä tuli yksi radikaalien toimintaympäristö ja kasvualusta. Ja samalla tavoin kuin osakunnissa, LKS:ssä suhtauduttiin radikalismiin aluksi suopeasti. Radikalismille otollisen maaperän muodosti ylioppilasmaailman yleinen ilmapiiri, jossa korostettiin yhteiskunnallista ja sosiaalista valvutuneisuutta sekä kulttuuritoiminnan yleissivistyksellistä merkitystä – näin oli myös LKS:ssä, jonka lääkintäpoliittinen aktiivisuus ilmensi radikalismia ammattikunnan sisällä.²⁷⁴

LKS:n sisällä radikalismi alkoi näkyä ensin omassa lehdessä. 1950-luvulla vanhan sukupolven lääkärit olivat muistuttaneet ammattisuuntautuneita medisiinareita sivistyksen merkityksestä, mutta nyt tilanne kääntyi siihen suuntaan, että radikaalit alkoivat määritellä kulttuurisia arvostuksia uusiksi. Vuonna 1963 julkaistun *Medisiinarin* taidenumeron pääkirjoituksessa moitittiin medisiinarien ja lääkärien suhtautumista taiteeseen vieroksuvaksi ja valistettiin taiteen kehittävästä merkityksestä. Nuoret vetosivat perinteiden vanhoihin kerrostumiin: ”*On sanottu, että hyvässä lääkärissä on osa taiteilijaa*”.²⁷⁵ Samana vuonna *Medisiinarin* palstoille tulivat kansainvälisyys, kasvatustieteet ja niiden muuttaminen, lääketieteellinen sosiologia ja kulttuurin uudet tuulet.²⁷⁶ Vuoden lopuksi pohdittiin lehden linjaa, jota oli arvosteltu. Toimitus linjasi, että opiskelijalehden ainoa mahdollisuus oli kirjoittaa kulttuurista ja ottaa kantaa ajankohtaisiin asioihin. Lehden oli kasvatettava lukijoita yksilölliseen ajatteluun ja vapautumaan sosiaalisista sovinnaisuuskäsityksistä. Kirjoituksia oli nyt pyydetty myös muiden alojen edustajilta, ja vuoden 1963 lehtiin kirjoitti useita kulttuuriradikaaleina tunnettuja henkilöitä.²⁷⁷

Vuosi 1964 oli murrosvuosi myös medisiinareille, sillä sen aikana radikalismi muuttui näkyväksi LKS:ssä. *Medisiinarin* palstoille ilmestyivät marginaaliset kaukokirjalliset tuotokset, kuten yhdysvaltalaisen beatnikin Allen Ginsbergin runot. Lääket. kand. Ilkka Taipaleen pitämä ”Idealista”-palsta alkoi ruotia taiteen ja kulttuurin roolia medisiinarien elämässä.²⁷⁸ Aloiterikas Taipale otti ohjelmakseen medisiinarien kokemuspäiriin laajentamisen kulttuurin saralla, jonka osalta hän teki

²⁷³ Kolbe 1996, 92–103.

²⁷⁴ Esim. Puheenjohtajana Simo Tarpila. *Medisiinari* 2/1961, 48–49; Kiviranta P.: Kulttuuria. *Medisiinari* 3/1961, 36–38; Kulttuuriharrastuksia oli vaadittu LKS:n viralliseksi toimintamuodoksi jo vuonna 1955, mutta tämä ei johtanut tuloksiin. Sihteerin palsta. *Medisiinari* 9/1955, 35–36.

²⁷⁵ Pääkirjoitus: Mitä tekisin. *Medisiinari* 1/1963, 7–9.

²⁷⁶ Salo Arvo: Aseet ja aseet. *Medisiinari* 4/1963, 16–21; Vasama T. I.: Ihmiskunnan ongelma – yksilön ongelma. *Medisiinari* 4/1963, 22–26; Haavio-Mannila Elina: Sairauteen liittyvien ongelmien sosiologiasta. *Medisiinari* 5/1963, 8–12; Gronow Pekka: Modernin jazzin ongelmia. *Medisiinari* 9/1963, 37–42; Bergholm Timo: Bertolt Brecht ja eppinen teatteri. *Medisiinari* 9/1963, 53–58.

²⁷⁷ Pääkirjoitus: Toimitus ja lehti. *Medisiinari* 9/1963, 7–9.

²⁷⁸ Haastattelu Ilkka Taipale 6.8.2009; Ginsbergin runoja oli *Medisiinari*-lehden numeroissa 2/1964 ja 4/1964.

lukuisia ehdotuksia palstallaan.²⁷⁹ Hän ei ollut yksin ajatustensa kanssa, sillä alkuvuodesta *Medisiinari*-lehden päätoimittaja Matti Ponteva ehdotti kulttuurisih-teerin viran perustamista LKS:ään.²⁸⁰ Seuran kevätkokouksessa käytiinkin vääntöä uudistusmielisten ja konservatiivien välillä kulttuuritoiminnan tarpeesta ja laajuudesta.²⁸¹ Kulttuuri vei voiton, ja Taipale alkoi hahmotella LKS:n kulttuuritoimin-nan organisaatiota, joka sai keskitetyn ja suunnitelmallisen luonteen ajan hengen mukaisesti.²⁸² Kulttuuritoiminnan ”rönsyilevä ja monivivahteinen esiinmarssi” oli yksittäisten henkilöiden aloitteellisuutta, mutta sen mahdollisti seuran pyrkimys tietoisesti siirtää vastuuta toiminnasta pienemmille ryhmille.²⁸³ LKS:n aktiivien suhtautuminen toiminnan viriämiseen vaihteli. Pääsihteeri Kari Raivio kirjoitti *Medisiinari*ssa, että kulttuuri oli kannatettavaa, mutta toiminnassa oli säilytettävä tasapaino.²⁸⁴ Toimintakertomuksessa taas kulttuuriaktiivisuuden katsottiin anta-neen väriä vuodelle ja ilahduttavana pidettiin sitä, että aloite oli yksittäisten jäsen-ten, jotka olivat myös vieneet asiaa eteenpäin.²⁸⁵ LKS:n syksyn talouskokouksessa hyväksyttiin kulttuuri seuran toimintamuodoksi, perustettiin kulttuuritoimikunta ja valittiin sen puheenjohtajaksi Ilkka Taipale.²⁸⁶

Traditio ja radikalismi olivat vielä molemmat edustettuina *Medisiinari*-lehdessä. Vuonna 1964 vasemmistolaiset pyrkivät radikalisoimaan lehteä, kun taas päätoimit-taja Matti Ponteva toi esille konservatiivisempia näkemyksiä. Esimerkiksi Pontevan kirjoitus rauhanpuolustuksesta ja sadankomitealaista yksipuolista aseistariisuntaa vastaan herätti huomiota radikaalipiireissä.²⁸⁷ *Medisiinari*-lehden julkaisijana LKS joutui tasapainottelun tielle, sillä lehden kulttuuripitoisuus sai kritiikkiä lukijoilta, kun taas päätoimittaja Pontevan poliittisuus hätkähdytti osaa LKS:n aktiiveista. Loppuvuodesta Ponteva joutui eroamaan pääkirjoituksesta syntyneen ristiriidan vuoksi. LKS:n puheenjohtaja Jouko Tuomisto painotti *Medisiinarin* itsenäisyyttä mutta katsoi, että pääkirjoitukset tulkittiin herkästi seuran kannanotoiksi.²⁸⁸

Medisiinarin linjasta keskusteltiin vuoden aikana myös lehden mielipidepals-talla: tuliko lehden olla ammatti- vai kulttuurilehti ja ilmensikö sisältö pyrkimystä

279 Idealista. *Medisiinari* 2/1964, 70–71, 3/1964, 75–78, 6/1964, 43 ja 7/1964, 51; Toimintakertomus 1964. *Me-disiinari* 3/1965, 69–82.

280 Ponteva Matti, pääkirjoitus: *Medisiinarien* akateeminen vapaus. *Medisiinari* 2/1964, 7–9; Idealista. *Me-disiinari* 4/1964, 45–48.

281 Pääsihteeri. *Medisiinari* 3/1964, 79.

282 Idealista. *Medisiinari* 4/1964, 45–48. Taipale jatkoi keskitetyn ja suunnitelmallisen kulttuuriorganisaat-ion kehittämistä LKS:n jälkeen ylioppilaskunnassa, ks. Aalto 2007, 37.

283 Esim. Kandiseuran uusi puheenjohtaja Jouko Tuomisto. *Medisiinari* 1/1964, 40–41.

284 Pääsihteeri. *Medisiinari* 4/1964, 49.

285 Toimintakertomus 1964. *Medisiinari* 3/1965, 69–82.

286 Pääsihteerin palsta. *Medisiinari* 9/1964, 61.

287 Ponteva Matti, pääkirjoitus: Rauhanpuolustus. *Medisiinari* 5/1964, 7–8; Kirjoitukseen kirjoitti vastineen Ylioppilaslehdessä valtior. yo. Paavo Lipponen, ks. Kolbe 1996, 96; Tapauksesta myös Haastattelu Ilkka Taipale 6.8.2008; Maanpuolustus oli muutenkin esillä lehdessä, ks. Lääkintäluutnantti. *Medisiinari* 2/1964, 56–62.

288 Ponteva Matti: Päätoimittajan sana. Valtiollistettua historiankirjoitusta. *Medisiinari* 7/1964, 55; Areena. *Medisiinari* 8/1964, 47–48; Ponteva Matti, mielipidekirjoitus: Herra Päätoimittaja. *Medisiinari* 1/1968, 50.

sivistää medisiinareita vai vain toimittajien omia agendoja.²⁸⁹ Osana kritiikkiä kaksi kandidaattia selvitti oma-aloitteisesti lukijoiden suhtautumista lehteen tekemällä mielipidekyselyn kolmelle kurssille. Tuloksena oli, että lehteä luettiin aiempaa vähemmän ja linjaa pidettiin huonompana. Korkeakulttuurin sijaan kandidaatit kaipa-
 pasivat opiskeluun ja lääketieteeseen liittyviä kirjoituksia ja medisiinaripakinoita. *Medisiinarin* toimitus totesi kyselyn mielenkiintoiseksi mutta suppeaksi ja puutteelliseksi.²⁹⁰ *Medisiinari* sai ymmärrystä myös lääkärikunnasta. Lääkäriliiton apulaistoiminnanjohtaja Tapani Kosonen iloitsi alkuvuodesta 1965 siitä, että lehdessä käsiteltiin paljon kulttuurikysymyksiä lääkärin ”fakki-idiotismin torjumiseksi”.²⁹¹ *Medisiinari*-lehti asettui kuitenkin varsin selvästi ja tietoisesti tabujen rikkomisen tielle. TLKS:n *Kollega*-lehti edusti perinteisempää linjaa. Keväällä 1965 *Kollegan* pääkirjoituksessa kannustettiin kyllä medisiinareita tutustumaan laajasti ajankoh-
 taisiin kysymyksiin. Samalla korostettiin sukupolvien välistä kontaktia ja vanhemman polven kokemusten merkitystä sekä kehoitettiin välttämään ärsyttävää rienaa-
 mista.²⁹²

Varsinainen myrsky *Medisiinari*-lehden – aivan kuten *Ylioppilaslehtenkin* – ympärille syntyi keväällä 1965. Tuolloin molemmat lehdet julkaisivat seksuaalisuutta käsittelevät numerot, jotka räjäyttivät arvokeskustelun ja paljastivat sukupolvien välisen kuilun. Taustalla oli vuosikymmenen alussa alkanut keskustelu sukupuoli-
 rooleista ja naisen asemasta sekä sukupuolisuhteista, seksuaalisuus- ja moraalikäsi-
 tyksistä. Yhteiskuntatieteet antoivat välineitä rationaaliselle analyysille ja murrok-
 selle. Kun seksuaalisuutta pyrittiin kirkon, koulun ja kasvattajien taholta edelleen ohjaamaan avioliittoon, nuorisokulttuuri antoi välineitä kapinointiin. Moraalisen ilmapiirin ja todellisuuden välinen ristiriita purkautui kiihkeänä ja provosoivana-
 kin kirjoitteluna. ”Siveettömyysvallankumous”, pyrkimys lisätä seksuaalista vapaa-
 mielisyyttä ajoittui vuosiin 1964–1965. Laura Kolbe on todennut, että sukupuolielä-
 mä nousi tuolloin yksityisestä julkiseksi keskustelunaiheeksi – samaan tapaan kuin Ruotsissa muutamaa vuotta aiemmin. Akateeminen nuoriso toimi molemmissa maissa aloitteellisena.²⁹³

Medisiinarit liittivät seksuaalisuuskysymykset kiinteästi lääkärin asiantun-
 temukseen. Niihin sisältyi kuitenkin arvovirittien siemen, joka kulminoitui suhtautumisessa yhteen lääkärin etiikan perinteiseen ydinkysymykseen, aborttiin. Kristillissävytteisen näkemyksen mukaisesti abortti oli nähty elämän tuhoamisena ja lääkärin etiikan vastaisena. Lääkäriliiton vuonna 1956 hyväksymissä eettisissä ohjeissa oli kohta, jonka mukaan lääkärin oli suojeltava ”ihmiselämää *bedelmöit-*
tymishetkestä kuolemaan saakka”. Tämä oli suora lainaus Maailman Lääkäriliiton vuonna 1948 antamasta Geneven julistuksesta ja lääkärin etiikan kansainvälisestä

289 *Medisiinarin* toimitus. *Medisiinari* 2/1964, 69; Areena-mielipidekirjoituspalstat. *Medisiinari* 4/1964, 57, 5/1964, 55–57 ja 6/1964, 46–49; Jokelainen Matti, mielipidekirjoitus: Mitäs me medisiinarit. *Medisiinari* 7/1964, 57.

290 Lindy Seppo ja Manninen Vesa: *Medisiinarigallup*. *Medisiinari* 8/1964, 26–29 ja Mediteam: Ajatuksia mielipidetutkimuksen johdosta *Medisiinari* 8/1964, 30–31.

291 Kosonen Tapani, pääkirjoitus: Tunnustusta kandidaattiseuroille. *SLL* 4/1965, 208–209.

292 Pääkirjoitus: Kontaktit. *Kollega* 2/1965, 7.

293 Kolbe 1996, 221–231.

säädöskokoelmasta vuodelta 1949. Suomessa laki vuodelta 1950 salli abortin lääketieteellisistä ja sosiaalisista syistä.²⁹⁴ Sosiaalisten syiden tulkinta jäi viime kädessä lääkärikunnalle, mikä merkitsi tarvetta määritellä kysymystä eettiseltä kannalta. Lääkärikunnassa portinvartijan rooli koettiin vaikeana etenkin, kun sosiaaliin syihin vedottiin usein.²⁹⁵ Tiukkaa linjaa edusti esimerkiksi lääkärin etiikan ykkösoasiantuntija, professori A. J. Palmén. Vuonna 1956 ilmestyneessä kirjassaan *Lääkärin etiikka* Palmén tarkasteli aborttilain tulkintaa lähtien siitä, että etiikka kielsi abortin tekemisen muista kuin lääketieteellisistä syistä.²⁹⁶

1960-luvulla laittomien aborttien määrä oli korkea, mikä teki asiasta akuutin sosiaalisen kysymyksen. Lääkärikunnassa vaadittiin yhtenäisen linjan luomista lain tulkinnassa.²⁹⁷ Radikaalimpaa näkemystä edustivat nuoret. Esimerkkiä haettiin Ruotsista, jossa oli ilmestynyt Jacob Palmen kirja *Fri abort*. Vuonna 1964 vapaa abortti nousi *Medisiinarin* palstoille, kun Ilkka Taipale vaati lääkärin etiikan uudelleenarvioimista. Vapaan abortin vastustamisessa oli Taipaleen mielestä kysymys siitä, että sikiön elämä asetettiin etusijalle raskaana olevan naisen elämään nähden, sillä ei-toivotut raskaudet aiheuttivat masennusta ja uupumusta.²⁹⁸ Robert Bakerin mukaan 1960–1970-lukujen aborttikeskustelun taustalla oli kansainvälisesti lääkärin velvollisuusetiikan aatteellinen uudelleenarviointi, jossa nostettiin potilaan oikeudet eettisesti johtavaksi periaatteeksi lääkärin asiantuntemukseen perustuneen auktoriteetin tilalle.²⁹⁹ Aborttikeskustelu osui Suomessa murrosvaiheeseen, jossa vanha ja uusi näkemys kohtasivat.

”Professorit lähtivät sinä päivänä aikaisemmin kotiin ja taksilla. Medisiinari-lehden seksuaalilnumero 4/1965 oli kuulemma tullut postiluukusta kotiin. Oli alkanut seksuaalikevät. Numeroa pääsi lukemaan vain, jos rikkoi sen ympärillä olleen siveysvyön.”

Näin Ilkka Taipale on muistellut *Medisiinarin* seksuaalisuusnumeron ilmestymistä.³⁰⁰ Lehti oli tarkoituksella huomiota herättävä ja suorasukainen, mutta sisällöltään varsin asiallinen. Artikkeleissa käsiteltiin muun muassa seksuaalisuuden rakenteelliset-toiminnallista perustaa, frigiditeettiä ja impotenssia, kristinuskoa ja sukupuolimoraalia, koulujen seksuaaliopetusta, sukupuolikuria ja säädyllisyyttä, ehkäisyvälineitä ja homoseksuaalisuutta. Kevyempää materiaalia edustivat kaukokirjalliset otteet ja *Kama sutran* esittely. *Medisiinarin* viesti oli selkeä: suhtautuminen seksuaalisuuteen oli saatava asialliselle pohjalle ja suvaitsemattomuuden, tabujen ja väärinkäsitysten viidakko oli raivattava. Sukupuolielämä oli vapautumassa, joten kouluihin oli saatava pikaisesti sukupuolikasvatusta. Abortin osalta oli

294 Nyström 2010(b), 218–219.

295 Esim. Takala M. E.: Gynekologi, – lääkäri, – abortti. Kollega 3/1966, 12–16; Järvi 1967, 208–209.

296 Palmén 1956, 65–68.

297 Nyström 2010(b), 219.

298 Areena-mielipidekirjoituspalstat. Medisiinari 1/1964, 52, 2/1964, 68 ja 3/1964, 87–88.

299 Baker 1993, 875–878.

300 Taipale 2009, 25. Lainauksesta on selvyden vuoksi korjattu Medisiinari-lehden numero, joka on Taipaleen kirjassa merkitty virheellisesti numeroksi 5/1965.

tarkistettava moraalikäsitteitä.³⁰¹ Tiedekuntaan vaadittiin seksuaaliopetusta, sillä lääkärikunnassa vastustettiin edelleen ehkäisyvalistusta eikä potilaiden seksuaaliin ongelmiin suhtauduttu asiallisesti.³⁰²

”Seksuaalikevääseen” kuului myös LKS:n kulttuuritoimikunnan järjestämä paneelisarja, joka sai runsaasti huomiota lehdistössä. Ilkka Taipaleen johtamissa tilaisuuksissa käsiteltiin muun muassa koulujen seksuaaliopetusta, pornografiaa ja sensuuria, eroottisia vähemmistöjä, kirkon seksuaalimoraalia sekä aborttiasiaa. Kuulijoita oli jokaisessa tilaisuudessa noin 250.³⁰³ *Medisiinarin* seksuaalisuusnumeroon tuli yllättävän vähän vastineita – erityisesti verrattuna *Ylioppilaslehden* vappuna 1965 julkaistuu vastaavaan ”erotiikanumeroon”, joka poiki yli 1000 ylioppilaan adressin HYY:n hallitukselle lehden linjan muuttamiseksi.³⁰⁴ *Medisiinarin* provokatiivisuus tulee kuitenkin esille, kun sitä vertaa Turun Lääketieteenkandidaattiseuran *Kollega*-lehden aborttinumeroon keväältä 1966. *Kollegassa* teemaa käsiteltiin huomattavasti perinteisemmin, ja tilaa annettiin eri näkökulmille. Pääkirjoituksessa toivottiin lääkärikunnalta yhtenäisempää kantaa aborttiin ja selvyyttä sen rajaamisen perusteluille johdonmukaisuuden takaamiseksi sekä vaadittiin ehkäisyvalistuksen tehostamista.³⁰⁵ Oleellista on, ettei nuori sukupolvi suinkaan asettunut yhtenäisesti kannattamaan vapaata aborttia, vaan etenkin vuonna 1965 kyse oli lähinnä radikaaleista. Risto Jaakkolan tutkimuksessa vuodelta 1968 Helsingin medisiinareista 41 prosenttia vastusti vapaata aborttia, 29 prosenttia kannatti sitä ja jopa 30 prosenttia ei osannut määritellä kantaansa. Abortin myöntämistä sosiaalisista syistä puolsi 65–69 prosenttia. Naiset suhtautuivat kriittisemmin vapaaseen aborttiin kuin miehet.³⁰⁶

Mistä *Medisiinari*-lehden linjassa oli kyse opiskelijoiden kasvatuksen kannalta? Ennen kaikkea se osoitti, että LKS oli hedelmällistä maaperää radikalismien esiinmarssille: suuri tiedekuntajärjestö näki tehtäväkseen medisiinarien kasvattamisen yhteiskunnallisuuteen sekä ajankohtaisen valistus- ja sivistystoiminnan, eikä näin ollen asettunut patoamaan radikalismia. Ajan hengen mukaisen kasvatuksen muotoili vuoden 1965 puheenjohtaja Pertti Virkola: ”*Koen medisiinarit usein laumana, joka naru kaulassa astelee kellokkaansa jäljessä. -- Tämä on tietysti kärjistettyä, ja meidän opiskelusyستمimme on omiaan kasvattamaan passiiviseksi, kaikki tulee valmiina, mutta mielestäni aktiivisuus muissakin asioissa kuin opinnoissa olisi hyväksi, tarvittaisiin enemmän uteliaisuutta, enemmän kiinnostusta meitä ympäröivää elämää kohtaan.*”³⁰⁷ Vuonna 1966 määriteltiin myös TLKS:n tarkoitukseksi kasvat-
taa akateemisia kansalaisia, jotka pystyivät käyttämään alansa tietoja ja taitoja sekä ymmärtämään yhteiskuntaa. *Kollegassa* korostettiin kykyä ”*omintakeiseen arvojen ja tekojen punnitsemiseen*” ja yksilöllisen näkemyksen muodostamiseen, mikä oli oi-

301 Pääkirjoitus: Kasvatus. *Medisiinari* 4/1965, 7.

302 Seksuaalivalistus tiedekunnassa. *Medisiinari* 4/1965, 86.

303 Pääsihteeri. *Medisiinari* 5/1965, 61; Taipale Ilkka: Kukoistus kuorestaan. *Medisiinari* 10/1965, 42–43.

304 Kolbe 1996, 233–234.

305 Aborttinumero, ks. *Kollega* 3/1966; Pääkirjoitus: Abortus imminens. *Kollega* 3/1966, 9.

306 Jaakkola Risto: Medisiinarien käsitykset lääkärin ammatista, sairaista, lääkärin etiikasta ja sosialisoinnista. *Medisiinari* 1/1969, 55–64.

307 LKS:n uusi puheenjohtaja. *Medisiinari* 1/1965, 42–43.

keaa medisiinarihenkeä.³⁰⁸ LKS:ssä radikalismien äänitorvena toimi Ilkka Taipale, joka kehotti medisiinareita ottamaan rohkeammin kantaa, sillä lääketiede antoi ainutlaatuiset mahdollisuudet ymmärtää ajankohtaisia ilmiöitä. Ruotsissa lääkärit olivat asettuneet yhteiskunnallisen keskustelun kärkeen, mutta Suomessa tilanne oli toinen.³⁰⁹

LKS:n kulttuuritoimikunta aloitti toimintansa vuonna 1965. Sen käynnistämiseen vaikutti ajatus, että opiskelijaelämä oli siirtymässä osakunnista tiedekuntajärjestöihin, joiden toiminta oli näin ulotettava aiempaa laajemmalle³¹⁰. Tavoitteena oli aktivoida medisiinareita ja lääkäreitä osallistumaan yhteiskunnalliseen ja yleiseen kulttuuritoimintaan. Painopiste oli esitelmätilaisuuksissa ja uusissa taiteen muodoissa, joita olivat elokuva, nukketeatteri, lausunta, nykymusiikki ja jazz. Lähes kaikki tilaisuudet keräsivät runsaasti yleisöä. Samana vuonna LKS:ään perustettiin Medisiinariorkesteri ja elokuvakerho Medek.³¹¹ Kulttuuritoiminnan aktivoituminen oli ajan ilmiö. Vuonna 1966 Turun Lääketieteenkandidaattiseuraan perustettiin kulttuuritoimikunta, jonka katsottiin edustavan seurassa *Kollega*-lehden ohella ”yhteiskuntaan sopeutumiseen, henkiseen kasvatukseen, vastuuseen ja yksilöllisyyteen tähtäävää toimintaa”.³¹²

1960-luvun puolivälin tienoilla ylioppilasmaailmalle oli tyypillistä tradition ja murroksen rinnakkaiselo. Radikalismi oli marginaalissa vaikkakin äänekkästä. LKS:n ja Thoraxin keskeisin ponnistus kohdistui aivan toisaalle, hyvin perinteiselle ylioppilastoiminnan alueelle. Ylioppilaiden asuntopula oli muuttunut erityisen vaikeaksi vuosina 1964–1965, ja ratkaisuja alettiin etsiä opiskelija-asuntoloista. Kun ajatukset koulutuksen yhteiskunnallisesta hyödyistä löivät läpi, kohdistui julkiseen valtaan paineita parantaa opiskeluedellytyksiä. Suomalaiseen perinteeseen kuului ylioppilaiden oma aktiivisuus opintososiaalisten asioissa mutta nyt alettiin vaatia valtion tukea opiskelija-asuntojen rakentamiseen.³¹³ Opiskeluolosuhteiden parantaminen oli ollut alusta lähtien tiedekuntajärjestöjen intresseissä, joten perinteitä asioiden hoitamiseen oli. Vuonna 1964 LKS ja Thorax perustivat yhdessä tukisäätiön ja asettivat tavoitteeksi asuntolan rakennuttamisen. LKS:n puheenjohtaja Jouko Tuomisto tiivisti opiskeluideologian muutoksen: asumisen tuli nyt aiempaa paremmin tukea tehokasta opiskelua. Tavoitteeksi asetettiin oma talo, ja jälleen kerran medisiinarit vertasivat seuraansa osakuntiin. LKS oli jäsenmäärältään pian suurehkon osakunnan kokoinen ja monilla osakunnillakin oli oma talo – miksi ei siis myös LKS:llä.³¹⁴

Asuntolasta tuli vuoden 1965 pääprojekti, jossa medisiinarit hyödynsivät ammatikuntansa kollegiaalisuutta ja hyviä suhteitaan vanhempiin lääkäreihin. Lääketieteen opiskelijoiden asuntola- ja tukisäätiön (LOATS) hallitukseen kutsuttiin ”ar-

308 Korhonen L. K.: Seura vietti hiljaista! elämää. *Kollega* 2/1966, 59–62.

309 Idealista: Medisiinarit ja ylioppilaslehdistö. *Medisiinari* 8/1964, 42–43.

310 Sama ajatus toistui HYY:n kulttuuritoiminnan kehittämistä varten asetetussa työryhmässä, jonka puheenjohtajana Taipale toimi vuonna 1966. Ks. Aalto 2007, 43.

311 Taipale Ilkka: Kukoistus kuorestaan. *Medisiinari* 10/1965, 42–43.

312 Pääkirjoitus: Vastatuuleen. *Kollega* 2/1966, 7.

313 Kolbe 1996, 190–196.

314 Pääsihteerin palsta. *Medisiinari* 7/1964, 54; Tuomisto Jouko, pääkirjoitus: Talo. *Medisiinari* 9/1964, 7–8.

vovaltaisia ja kokeneita lääketieteen ja talouselämän edustajia”.³¹⁵ Säätiön hallituksen puheenjohtajaksi tuli professori Niilo Hallman ja valtuuskunnan puheenjohtajaksi professori Harald Teir. Asuntola rahoitettiin lainoilla, joita saatiin pankkien lisäksi lääketeollisuudelta ja lääkärikunnalta, sekä lahjoituksilla, joita kerättiin lääkäreiltä myymällä reisiluun pienoismalleja, ”asuntolaluita”. Kollegiaalisuuteen vedottiin niin lääkärikunnan tuen saamiseksi kuin medisiinarien houkuttelemiseksi myyntityöhön.³¹⁶ Asuntola valmistui vuonna 1967. Se sai nimekseen Medioma ja sen kastoi rehtori Erkki Kivinen. Asukkaat valitsi LKS:n ja Thoraxin yhteinen toimikunta. Toista asuntolaa alettiin suunnitella saman tien, ja Medioma II valmistui vuonna 1970.³¹⁷

Muuttuva potilas-lääkärisuhde ja tasavertaisuuden eetos

*”Ken eniten maksaa, hän saa paremman hoidon. -- Niin kauan kuin siinä on perää, on sairaanhoidossa ja lääkäreissä jotakin mätää, sillä demokratian ei pidä sellaista sallia. Mutta sairaaloissa ei ole demokratiaa vaan lääkärien diktatuuria; --”*³¹⁸

Näin kirjoitti ”nuori vihainen mies” Jörn Donner *Ylioppilaslehdessä* kesällä 1961. Donner oli suorittanut asevelvollisuuden korvaavan palvelun Porin yleisessä sairaalassa ja julkaissut kokemuksistaan kirjan *Terveenä sairaalassa*. Donner kirjoitti, että sairaalassa vallitsi lääkärien, ”ylempien” diktatuuri, joka perustui pelkoon ja kunnioitukseen. Lääkärit suhtautuivat potilaisiin epäystävällisesti ja työtovereihin epäluottamuksella. Donner suosi lääkärien korkeita palkkoja ja tiukkaa etujärjestöpolitiikkaa: *”Rakkauden ja huolenpidon tehtävään koulutetut lääkärit vaikuttavat ryhmänä kyynillisiltä ja lyhytnäköisiltä.”*³¹⁹ *Lääkärilehdessä* Donner sai osakseen kiukkuisia vastineita. Niissä katsottiin, ettei Donner tiennyt mistä puhui ja että hän osoitti ylimielisyyttä ja lääkärikunnan halveksimista. Toisaalta kritiikki myönnettiin osin oikeutetuksi: koulutuksessa olisi pitänyt olla enemmän kasvatusta ymmärtämään potilasta ihmisenä. Perinteen mukaisesti tämä ei kuitenkaan onnistunut luennoilla vaan näyttämällä esimerkkiä.³²⁰

Ylioppilaslehdessä Donner kirjoitti: *”Nuoret lääkärit myöntävät, että heistä kehittyy kyynikkoja.”* Lääketieteen pitkä ja vaivalloinen opiskelu, jonka aikana medisiinarit joutuivat tekemisiin sairauden ja kuoleman kanssa, teki opiskelijoista ”ihmisruumiin tekniikkoja”, jotka näkivät itsensä ”eräänlaisena tulevana yläluokkana”.³²¹ Syy-

315 LKS:n uusi puheenjohtaja. Medisiinari 1/1965, 42–43; Virkola Pertti, pääkirjoitus: Säätiö. Medisiinari 7/1965, 8.

316 Anttila Olli: Sinä helsinkiläinen medisiinari. Medisiinari 7/1965, 9; Collan Yrjö: Asuntola ja medisiinarit. Medisiinari 7/1965, 16–17; Heikkinen 2008, 128–129.

317 Heikkinen 2008, 129–134.

318 Donner Jörn, kolumni: Lääkärit. Ylioppilaslehti 21/1961, 9.

319 Donner Jörn, kolumni: Lääkärit. Ylioppilaslehti 21/1961, 9; Donner 1961, 20–21.

320 Muut lehdet -palsta. SLL 19/1961, 1137–1140; Herra toimittaja -palsta. Ylioppilaslehti 22/1961, 4.

321 Donner Jörn, kolumni: Lääkärit. Ylioppilaslehti 21/1961, 9.

tös opintojen kyynistävästä vaikutuksesta oli yleinen.³²² Amerikkalaisten Howard Beckerin, Blanche Geerin ym. tutkimus yhden lääketieteellisen korkeakoulun opiskelijakulttuurista vuodelta 1961 kuitenkin osoitti, ettei oletus kyynistymisestä ja idealismin katoamisesta opintojen aikana pitänyt paikkaansa vaan edusti lähinnä ulkopuolisten liian suoraviivaista tulkintaa. Idealismi ja kyynisyys olivat opiskelijoiden tapoja reagoida erilaisiin tilanteisiin. Beckerin, Geerin ym. mukaan medisiinarit eivät kadottaneet idealistista näkemystä tulevasta ammatistaan, mutta he kehittivät kyyniseltä vaikuttavan suhtautumistavan selvittääkseen opinnoistaan ja niihin liittyvästä työtaakasta. Myöskään opiskelijoiden välineellinen suhtautuminen ruumiisiin ja potilaisiin ei johtunut inhimillisyyden puutteesta vaan heidän roolistaan ensisijaisesti opiskelijoina, joille dissektiot ja osastopotilaat olivat myös opintosuorituksia. Vaikka ulkopuolisten silmissä tämä saattoi vaikuttaa kyyniseltä ja teknilliseltä suhtautumiselta, Becker, Geer ym. huomauttivat, että opiskelijoille se oli järkevä suhtautumistapa. Opintojen loppupuolella medisiinareilla alkoi ilmetä uudenlaista ammatillista idealismia. Kyseessä oli spesifisempi ja realistisempi käsitys ammatista ja omista mahdollisuuksista, joka pohjautui omaksuttuun tietoon ja taitoihin.³²³

Samoihin aikoihin Donnerin kirjan ilmestymisen kanssa julkisuudessa oli esillä lääkärin taloudellinen edunvalvonta sairaalalääkärin palkkataistelun yhteydessä. Sen myötä koettiin ammattikunnan arvostuksen laskeneen, minkä arvioitiin vaikuttaneen potilassuhteeseen.³²⁴ Samanlaista epävarmuutta oli ilmennyt sodan jälkeen, ja nyt elettiin suurten aatteellisten ja rakenteellisten murrosten keskellä, jotka koettelivat yhteiskunnan sosiaalista järjestystä ja yhteisöjen sisäistä dynamiikkaa. Lääkärikunnassa oli tunne ammatillisen autonomian ja auktoriteetin katoamisesta. Sinänsä Donnerin kritiikki noudatteli varsin tuttua kaavaa: ihanteeksi asetettiin lääkärin ammatti kutsumuksena, johon ei kuulunut taloudellinen edunvalvonta.³²⁵ Nyt teema sai uudenlaisia sävyjä, mikä enteili lääkärin auktoriteettiaseman ja eettisen tradition uudelleenarviointia potilaan oikeuksien käsitteestä lähtien. Taustalla oli yleisempi tasavertaisuuden eetos ja pyrkimys purkaa perinteisiä hierarkioita.³²⁶

Ammattikunnan sisäisessä keskustelussa lääkärin suhdetta potilaisiin alettiin tarkastella kriittisesti. Erikoistumisen yleistymisen myötä lääkäreitä oli pitkkin 1900-lukua syytetty siitä, että he eivät enää hoitaneet ihmistä kokonaisuutena.

322 Käsitys kyynistymisestä lääketieteen opintojen aikana oli vanha, ks. esim. Janson ja Kivijärvi 1926, 167: ”hän [kandidaatti, SA] päätti mielessään suojata itsensä siltä lääkärikyynisyydeltä, joka tärveli persoonallisuuden. Hän ymmärsi, että hänen täytyi panssaroida sydämensä, mutta panssarin alla tahtoi hän säilyttää sydämensä inhimillisen terveenä.”; Järvinen mainitsee useita tutkimuksia, joiden tuloksena oli, että opiskelijoiden kyynisyys lisääntyi opintojen aikana, ks. Järvinen 1985, 10.

323 Becker, Geer, Hughes ja Strauss 2007 (1961), 420–425.

324 Esim. Pääkirjoitus: Potilas – lääkäri. Kollega 1/1964, 7; Vuorinen Pekka, pääkirjoitus: Lääkärinammatin asema. SLL 12/1965, 840–841; Stenbäck Asser: Lääkäri – spesialisti vai parantaja? Kollega 5/1965, 29–30.

325 Ks. luku III.3.

326 Baker 1993, 875–878; Motzi Eklöfin mukaan Ruotsissa potilaan itsemääräämisoikeus otettiin lääkärin eettisiin ohjeisiin vuonna 1951, mikä kertoi paternalistisen asenteen väistymisestä potilaan autonomian tieltä. Eklöf ei kuitenkaan käsittele sitä, tapahtuiko muutos ohjeiden lisäksi myös käytännössä jo 1950-luvulla. Eklöf 2000, 248.

Syytös koski sekä sairauksien ehkäisyn ja jälkihoidon laiminlyömistä että niiden psyykkisten vaikutusten huomiotta jättämistä. Erityisesti sairaalalääkäreitä moitittiin keskittymisestä vain sairauteen.³²⁷ Lääketieteen ja sen teknologian kehityksen nähtiin 1960-luvulla vielä voimistaneen tätä.³²⁸ Kehityksen riskejä pohtivat erityisesti nuoret medisiinarit, psykiatrit ja vanhat yleislääkärit. Vaarana nähtiin uudenlainen autoritaarinen toimintakulttuuri, jossa potilasta kohdeltiin koneiston osana ja jossa diagnoosi perustui erilaisiin testituloksiin potilaan konkreettisen tutkimisen sijaan. Kun sairaanhoidosta oli tullut eri alojen specialistien välistä yhteistyötä, kokonaisuuden pelättiin unohtuvan. Sairalahoidon arveltiin olevan rakenteeltaan potilaita lääkäreistä etäännyttävää. Yleislääkäreistä taas pelättiin tulevan vain lähettemien kirjoittajia, kun hoito keskittyi sairaaloihin. Yleisön luottamusta kunnanlääkäreitä kohtaan nakersi heidän heikko mahdollisuutensa käyttää moderneja tutkimus- ja hoitomenetelmiä. Samalla lisääntyneen tiedonvälityksen myötä oli syntynyt valistunut kansalainen, joka saattoi olla hyvin perehtynyt lääketieteen virtauksiin ja uusimpiin lääkkeisiin. Lääket. kand. Olli Juntunen kirjoitti *Medisiinari*-lehdessä: *”Lääkkeiden mainostaminen, tekniikan arvovalta, television ja radion käyttö terveydenhoidolliseen kasvatukseen kehittävät kyselevää ja kriittillistä asennoitumista myös lääkäreitä kohtaan.”*³²⁹ Tiedotusvälineiden informaatio saattoi kuitenkin olla yksipuolista ja yleisön käsitys lääkkeistä perustua mainoksiin, kuten Olli Anttila pohti *Medisiinari*ssa.³³⁰ Opetuksessa yksipuolisuuden vaara tiedostettiin, koska ainakin jossain määrin opiskelijoita ohjattiin hoitamaan potilasta kokonaisuutena, ei vain tautia.³³¹

Samaan aikaan psykiatrit alkoivat vaatia potilassuhteen uudistamista: ihmistä oli hoidettava kokonaisuutena, ja psykologiset tekijät oli otettava paremmin huomioon.³³² Vuonna 1964 psykiatrian erikoislääkäri Veikko Tähkä muistutti Lääkäripäivillä: *”Lääkäri edustaa suurelle osalle ihmisiä mahtavaa auktoriteettia, jonkinlaista elämän ja kuoleman herraa, jonka jokaisella sanalla ja toimenpiteellä sen vuoksi saat-
taa olla arvaamattoman suuri merkitys potilaalle.”*³³³ Taustalla oli psykiatrian kehitys: mielenterveyden häiriöitä alettiin tunnistaa herkemmin ja mahdollisuudet niiden hoitamiseen paranivat. Koska yleislääkärien vastaanotoille saapui yhä enemmän potilaita, joiden sairauksissa psyykkisillä tekijöillä oli suuri merkitys, kandidaattien opetuksessa oli kiinnitettävä huomiota psykoterapian tuntemuksen lisäämiseen ja sairauksien kokonaisvaltaiseen hoitoon. Olennaista oli myös asennemuutos, sillä lääkärit toisinaan vähätelivät psyykkisten tekijöiden osuutta oireissa ja

327 Ilmolahti 2010, 391; Hyppysellinen suolaa saunan jälkeen 1995, 34.

328 Pääsihteeri. *Medisiinari* 3/1960, 68; Saukkonen Juhani: Papit ja lääkärit. *Medisiinari* 3/1962, 22–24; Praktiska medicinen på avvägar. *Medisiinari* 3/1962, 26–29.

329 Juntunen Olli: Lääkäri, potilas, yhteiskunta. *Medisiinari* 2/1960, 12–14; Praktiska medicinen på avvägar. *Medisiinari* 3/1962, 26–29; Pääkirjoitus: Potilas – lääkäri. *Kollega* 1/1964, 7; Myös esim. Räsänen Kaarlo, mielipidekirjoitus: Ei jäähyväisiä kunnanlääkärille. *SLL* 14/1965, 1030.

330 Anttila Olli: Pääkirjoitus. *Medisiinari* 10/1965, 7.

331 Hirvonen Jorma: Ajatustavasta. *Medisiinari* 4/1963, 9; Jalavisto Eeva: Lääketieteen opetuksesta. *Medisiinari* 1/1963, 20–25.

332 Ilmolahti 2010, 388.

333 Tähkä Veikko: Psykoterapeuttisia näkökohtia yleislääkärin työssä. *SLL* 29/1965, 2039–2045.

suhtautuivat epäluuloisesti psykologiaan.³³⁴ Samoihin aikoihin Suomessa löi läpi psykoterapia, joka tarjosi mahdollisuuden tarkastella lääkäri- potilassuhdetta uudesta näkökulmasta: koska lääkärin suhtautumisella oli suuri merkitys potilaalle, psykoterapeuttisesta asennoitumisesta oli hyötyä. Lääkärin sisäisen tasapainon ja itsetuntemuksen katsottiin edistävän objektiivista suhtautumista.³³⁵

Lääkärien ja potilaiden välinen suhde oli yleensäkin 1960-luvulla käymistilassa. Aiemmin lääkärin käytökseen oli vaikuttanut heidän auktoriteettiasemansa, johon potilaiden hoito oli osittain perustunut. Nyt muuttuivat sekä ihmisten väliset suhteet että potilaiden lääkäreihin kohdistamat odotukset. Valistunut potilas odotti lääkäriltään riittävää tietoa sairaudesta ja lääkkeistä sekä inhimillistä ja empaattista käytöstä. Lääkärikunnalta vaadittiin asennemuutosta, sillä lääkärin käytöstä pidettiin edelleen toisinaan ylimielisenä, epäystävällisenä ja epäinhimillisenä. Esille nousi tapauksia, joissa lääkärit eivät olleet antaneet potilaalleen riittävästi tietoa – perinteen mukaisesti potilasta ei tullut rasittaa liialla tiedolla. Julkisuudessa tehtiin yksittäisistä tapauksista yleisiä johtopäätöksiä.³³⁶ Mutta muutostarpeisiin reagoitiin aina viiveellä. Risto Jaakkolan tutkimuksessa medisiinareista vuodelta 1969 tulee esille, että käsitys potilaalle annettavasta informaatiosta hänen sairaudestaan oli muuttumassa. Opiskelijoista 73 prosenttia piti hyvin tärkeänä tai tärkeänä antaa syöpäpotilaalle tietoa diagnoosista, 80 prosenttia terapiasta ja 59 prosenttia paranemismahdollisuuksista. Kuitenkin 10 prosenttia piti lähes yhdentekevänä antaa potilaalle tietoa hänen paranemismahdollisuuksistaan.³³⁷

Eettisen ja myötätuntoisen suhtautumisen potilaisiin oli aiemmin ajateltu olevan sisäsyntyistä niille, jotka olivat hakeutuneet ammattiin kutsumuksesta. Nyt alettiin ajatella, että hyvä potilassuhde oli opittavissa oleva taito. Perinteisesti potilassuhdetta oli opittu seuraamalla valmistuneiden lääkärin esimerkkiä kliinisten opintojen, amanuenssuurien ja viransijaisuuksissa työskentelyn aikana. Kyseessä oli hiljaisen tiedon välitys- ja sisäistämisprosessi, jossa opittiin sekä hyvien että huonojen esimerkkien avulla enemmän intuitiivisesti kuin tietoisesti. Vuonna 1962 lääket. kand. Liisa Vepsäläinen pohti *Medisiinari*-lehdessä lääkäriksi kasvamista. Vepsäläinen luonnosteli kuvaa vastuullisesta opiskelusta yhdistäen traditiota ja murrosta. Opiskelijan vastuuseen kuului perusteellisten ja laajapohjaisten tietojen ja taitojen hankkiminen, opetuksen omaksuminen ja sen soveltaminen käytäntöön sekä kokonaisnäkömyksen muodostaminen. Pelkkä lääketieteen tietosisältö

334 Pääkirjoitus: Psykiatrian asemasta. *Medisiinari* 7/1964, 8–9; Hämäläinen Martti: Lääkäriammatti – kutsumus vai elinkeino? *SLL* 2/1959, 57–64; Hyypä Markku: Inhimillinen sairaus. *Kollega* 5/1966, 48; Myös *Achté* 1999, 89.

335 Tähkä Veikko: Psykoterapeuttisia näkökohtia yleislääkärin työssä. *SLL* 29/1965, 2039–2045; *Achté* K. A.: Iatrogeeniset sairaudet psykiatriassa. *SLL* 7/1966, 559–564; Myös Ilmolahti 2010, 388; *Achté* 1999, 123–125.

336 Vuorinen Pekka, pääkirjoitus: Lääkäriammattin asema. *SLL* 12/1965, 840–841; Kosonen Tapani, pääkirjoitus: Lääkärin käytös. *SLL* 4/1966, 250–251; Kosonen Tapani: Keskustelua potilaiden kohtelusta. *SLL* 20/1966, 1686–1687; Nirhamo Juhani, mielipidekirjoitus: Lääkärin informaatio potilaalle. *SLL* 31/1966, 2567–2568; Rose Michael S.: Lääkärin motiivit. *Medisiinari* 7/1966, 18–22; Jokinen Anna-Liisa, pääkirjoitus: Voimmeko me muuttua? *SLL* 36/1970, 3460–3461.

337 Jaakkola Risto: Medisiinarien käsitykset lääkärin ammatista, sairaista, lääkärin etiikasta ja sosialisoinnista. *Medisiinari* 1/1969, 55–64.

ei riittänyt, sillä *”ammattillisesti ja yhteiskunnallisesti valveutuneen medisiinarin”* oli kyettävä *”havaitsemaan epäkohtia, muodostamaan mielipiteitä ja esittämään parannusehdotuksia”*. Lääkäri tarvitsi myös kykyä itsekuriin ja -kritiikkiin sekä halua jatkuvaan oppimiseen. Vepsäläinen painotti klinisten kurssien potilastyön merkitystä vastuuntunnon ja persoonallisuuden kehittymiselle: *”Ehkä ensin, mitä opettajamme voivat meille antaa, on heidän persoonallisuutensa, ajatustapansa ja suhtautumisensa potilaaseen. Positiivisten piirteitten hyväksymisestä ja negatiivisten hylkäämisestä kiteytyy hyvän lääkärin kuva.”*³³⁸

Medisiinarit siis oppivat potilaiden kohtelua esimerkiksi professoreiltaan ja muilta opettajiltaan klinisten opintojen potilasdemonstraatioissa ja osastokierroilla, usein tiedostamattaan. Kun lääkärin käytöksestä keskusteltiin, Lääkäriliiton apulaistoiminnanjohtaja Tapani Kosonen huomautti, että opettajien tehtävänä oli muistuttaa omalla esimerkillään medisiinareita hyvän, ystävällisen ja hienotunteisen käytöksen merkityksestä.³³⁹ Vuonna 1963 Lääkäriliitto täydensi lääkärin eettisiä ohjeita, ja niihin lisättiin maininta potilaan näkemyksien kunnioittamisesta. Samalla ohjeisiin tuli yhteiskunnallinen painotus: lääkärin tehtävä oli palvella yhteiskuntaa terveydenhoidon ja lääkintähuollon toteuttamisessa. Opettajana lääkärin oli kiinnitettävä oppilaidensa huomiota ammatin velvollisuuksiin ja asemaan yhteiskunnassa sekä osoitettava hyvää esimerkkiä.³⁴⁰ Opettajien antama esimerkki potilaiden kohtelusta luonnollisesti vaihteli, kuten vuonna 1960 opintonsa Helsingin tiedekunnassa aloittanut Sinikka Friman on muistellut:

*”Oli varsinaisia despootteja, jotka räökkäsivät sanan säilällä kandeja ja assistentteja sekä kohtelivat potilaita osastolla ja luennolla kuin jotakin alemmaa eläinlajia. Toisaalta oli erittäin humaaneja ja viisaita opettajia, jotka onnistuivat välittämään meille kandeille paljon arvokasta, ennen kaikkea esimerkillään opettamaan kunnioittavaa suhtautumista kanssaihmiisiin.”*³⁴¹

Medisiinarin pääkirjoituksessa tiivistettiin vuonna 1965 opiskelevan nuorison vaatimus potilas-suhteen opettamisesta. Lääkärit olivat vastuussa ihmisten elämästä ja kuolemasta, ja potilaat olivat usein täysin riippuvaisia lääkärin antamasta hoidosta. Lääkärin tekoja ja moraalisen näkemyksen omaksumista ei kuitenkaan valvottu. Medisiinarin kehoitus – *”Olisi paikallaan, että meille opetettaisiin enemmän humanisuutta.”* – sisälsi toiveen siitä, että potilassuhteesta puhuttaisiin ääneen. Medisiinarin tehtävänä oli kuitenkin itse muodostaa näkemyksensä elämästä, ei nojata perinteisiin. Pääkirjoituksessa pohdittiin, että tulevalle lääkärille ei riittänyt tutustuminen elämän biologiseen puoleen vaan oli mentävä mukaan toimimaan yhteiskunnassa, ihmisten kesellä.³⁴² Minkäänlaista viralliseen opinto-ohjelmaan kuuluvaa potilas-lääkärisuhteen opetusta ei tiedekunnissa ollut, vaan opetus vaih-

³³⁸ Vepsäläinen Liisa: Medisiinarin vastuu. Medisiinari 3/1962, 20–21.

³³⁹ Kosonen Tapani, pääkirjoitus: Lääkärin käytös. SLL 4/1966, 250–251.

³⁴⁰ Täydennys lääkärin eettisiin ohjeisiin. SLL 2/1964, 100–103.

³⁴¹ Sinikka Frimanin kirjoitus kirjassa Lääkärintyön muistoja 2006, 301.

³⁴² Pääkirjoitussivu: Parantajat. Medisiinari 1/1965, 8–9.

teli opettajan mukaan. Asiaa käsiteltiin kliinisissä opinnoissa usein sisätautien ja psykiatrian yhteydessä.³⁴³ Professori Niilo Hallman on myöhemmin muistellut järjestäneensä suullisia ryhmäkuulusteluja oppilailleen, joissa hän oli samalla yrittänyt kertoa käytännön lääkärin työstä ja potilassuhteen merkityksestä.³⁴⁴

Lääkärin kyky hyvään potilassuhteeseen liitettiin usein lääketieteen humanistiseen perintöön. Vuonna 1966 Birminghamin yliopiston pediatriikan professori Douglas Hubble puolusti lääketieteen inhimillisiä arvoja *British Medical Journalin* artikkelissaan, joka julkaistiin käännettynä *Medisiinari*-lehdessä. Hubble piti välttämättömänä huolehtia siitä, että lääketieteen humanistiset perinteet säilyisivät nopean teknillistymisen rinnalla ja yhteiskunnan vaatimuksista huolimatta. Keskeisenä arvona Hubble piti jokaisen ihmisen ainutlaatuisuuden tajuamista. Kun lääkäri otti potilaan yksilöllisesti huomioon, hän toimi humanisti. Teknistymisen lisäksi vaarana oli yhteiskunnan ryhmäkeskeisyys, joka vei huomiota pois hoidon yksilöllisyydestä. Hubble asetti keskeiseksi kysymykseksi sen, missä määrin klinikaopetus saattoi tarjota humanisuutta opiskelijoille, joiden koulutus siihen asti oli ollut lähinnä teoreettista. Työn inhimilliset puolet korostuivat sairaalakoulutuksessa potilaiden parissa, millä oli itsessään kypsyttävä vaikutus. Lisäksi Hubble liitti kysymyksen yliopiston kasvatustehtävään, minkä toteutumiseksi opiskelijalla tuli olla mahdollisuus opiskella oman alan ulkopuolisia aineita ja saada laajasti vaikutteita.³⁴⁵ *Medisiinarin* päätoimittaja Heikki Majava kiteytti samoja teemoja käsitellessään ”uutta humanismia” lääketieteessä: ”*Lääkärin ammatin olennainen traditio on lääkärin omatunto, omaan ajattelutapaan ja toimintaan suuntautuva siveellinen arvostelu.*”³⁴⁶

Humanistisen näkemyksen nousun voi nähdä vastareaktionä 1950-luvun ja 1960-luvun alun ammattisuuntaukselle, jota lääkärin työssä ja lääketieteessä tapahtuneet muutokset olivat korostaneet. Lääkärikoulutuksen osalta kyse oli ristivedosta kahdella asteikolla: ammatti – sivistys ja lääketiede – lääketaito. 1960-luvun alkupuolella koulutuksessa olivat painottuneet lääketiede ja ammatti, mutta vuosikymmenen jälkipuoliskolla nousivat jälleen esille sivistys ja lääketaito. Nuoret pohtivat, miten yhdistää perinteinen lääketieteellinen humanismi ja uudenlainen yhteiskunnallisuus. Keskeiseksi tuli hiljaisen tiedon muuttaminen viralliseksi osaksi koulutusta. Perinteisesti sivistyksen hankkiminen oli ollut kandidaattien oman aktiivisuuden varassa³⁴⁷, mutta nyt nousi esille moderni vaatimus, että lääketieteen humanistinen ja yhteiskunnallinen puoli oli huomioitava opetusohjelmassa. Samoihin aikoihin käytiin laajemminkin keskustelua yliopiston kasvatuksellisesta tehtävästä ja sen toteutumisesta, kun koulutukseen kohdistui ammatillisia, tieteellisiä ja opiskelijamäärän lisäämisen aiheuttaneita paineita. Vuonna 1964 korkeakoulupolitiikan

343 Esim. W.J. Kaipainen 2002, 71; Aché 1999, 216–217.

344 Korppi-Tommola (toim.) 1991, 73.

345 Hubble Douglas: Kuukauden essee. Lääketiede, yhteiskunta ja inhimilliset arvot. *Medisiinari* 2/1966, 24–29.

346 Majava Heikki, pääkirjoitus: Omatunto. *Medisiinari* 2/1966, 5.

347 Esim. Pääkirjoitus: Romut ja... *Kollega* 4/1965, 7: ”Synteettinen kyky saavutetaan hankkimalla jo opiskeluaikana tietoutta oman alan ulkopuolelta. Valpas lääkäri pyrkii kokonaisnäkemukseen, jonka pohjana ovat lääketieteen lisäksi etenkin käyttäytymis- ja humanistiset tieteet.”

aktiivi, filosofian professori Oiva Ketonen korosti yliopiston kasvatustehtävän merkitystä ja vaati yliopistoilta sen tavoitteiden tuomista julki, sillä: ”*Kun ihmistä kasvatetaan tiedoissa ja taidoissa, niin häntä aina samalla kasvatetaan ihmisenä.*”³⁴⁸

Lääketieteellinen humanismi sai 1960-luvulla yhteiskunnallisen ulottuvuuden. Esimerkiksi keskustelut abortista ja eutanasiasta osoittavat, että kristillinen tai yleisinhimillinen henkilökohtainen näkemys ei enää riittänyt lääkärin etiikan pohjaksi, kun kysymykset olivat myös juridisia, yhteiskunnallisia ja käyttäytymistieteellisiä.³⁴⁹ Taustalla oli yleinen arvojen, asenteiden ja käyttäytymisen muutos, mikä lääkärin työssä saattoi johtaa eettiseen ristiriitaan etenkin, jos laki oli tulokinnanvarainen, kuten abortin osalta. Lisäksi esille nousi uuden tekniikan ja humanismin yhdistäminen, mihin liittyi syvällisiä eettisiä ulottuvuuksia. Esimerkiksi Olli Anttila käsitteli *Medisiinari*-lehdessä kysymystä elämän ja kuoleman rajasta, joka oli käymässä epäselväksi lääketieteen ja sen teknisen kehityksen vuoksi. Kysymys ei ollut vain biologis-lääketieteellisestä vaan myös juridisesta ja eettisestä rajauksesta.³⁵⁰ Vaikka tässä yhteydessä keskusteltiin eutanasiasta, sen laillistaminen ei kuitenkaan vielä saanut laajaa kannatusta. Sen sijaan pohdittiin, missä tilanteissa potilaan hoito voitiin lopettaa tai milloin elämän keinotekoinen jatkaminen ei ollut järkevää.³⁵¹ Lisäksi tärkeä kysymys oli, miten kertoa potilaalle lähestyvästä kuolemasta ja miten hoitaa kuolevan potilaan psyykettä. *Medisiinari*-lehdessä Heikki Majava toivoi, että opiskelijoille annettaisiin kliinisissä opinnoissa käytännöllisiä ohjeita asiassa.³⁵² Dosentti Sven Erkkilä antoikin lehdessä yleisiä neuvoja mutta totesi, että kuolevan lohduttamista ja rohkaisemista ei opittu luennoilla eikä kursseilla vaan toisilla lääkäreillä oli tähän armolahja.³⁵³

Lääkärin suhdetta potilaisiin käsiteltiin myös yhteiskuntatieteissä, mikä nostatti painetta muutoksiin. Lääkärikuntaa kohtasi uudenlainen avoimuuden vaatimus, kun yhteiskuntatieteiden painoarvo nousi terveydenhuollon suunnittelussa ja kehittämisessä. Sosiologiassa kiinnostuttiin terveyden ja sairauden sosiaalisesta taustasta, terveydenhuollosta sosiaalisena instituutiona ja alan ammattikunnista professioina. Lääketieteellisen sosiologian piirissä alettiin tutkia sairaalan rakennetta, toimintaa ja ryhmiä sekä sairaalassa vallitsevia arvoja, normeja ja asenteita.³⁵⁴ Kandidaatit alkoivat keskustella sairaalasosiologiasta vuonna 1965. Alkusysäyksenä toimi ruotsalaisen sosiologin Joachim Israelin kirja *Hur patienten upplever sjukhuset*, jossa kiinnitettiin huomiota psykologisten tekijöiden keskeiseen merkitykseen potilaan toipumiselle sairaalassa. Potilaat odottivat erityisesti lääkäreiltä emotionaalista tukea – ystävällisyyttä, rohkaisua ja huolenpitoa – sekä henkilökohtaista suhtautumista, mikä ei kuitenkaan usein toteutunut suuressa laitoksessa. Israel piti tärkeänä, että etäisyys lääkärin ja potilaan sekä lääkärin ja muun hoitohenkilö-

348 Ketonen 1964, 26–28, 185–197. Lainaus s. 186.

349 Esim. Majava Heikki, pääkirjoitus: Omatunto. *Medisiinari* 2/1966, 5.

350 Anttila Olli: Pääkirjoitus. *Medisiinari* 9/1965, 7.

351 Kosonen Tapani, pääkirjoitus: Onko kuoleminen sallittua. *SLL* 28/1967, 2050–2051.

352 Majava Heikki, pääkirjoitus: Prognosis pessima. *Medisiinari* 7/1966, 7.

353 Erkkilä Sven: Kuinka totuus kerrotaan. *Medisiinari* 7/1966, 16–17.

354 Haavio-Mannila Elina: Sairauteen liittyvien ongelmien sosiologiasta. *Medisiinari* 5/1963, 8–12; Aaltosen 1964, 4–7; Burnham 1998, 80–82.

kunnan välillä pienenisi. Näin luotaisiin suotuisimmat olosuhteet paranemiselle. Sairaalalaitoksen kasvu ja erikoistuminen olivat tuottaneet ongelmia, jotka liittyivät liialliseen byrokratiaan, huonosti toimivaan tiedonkulkuun sekä hierarkkiseen roolijärjestelmään ja sitä tukeviin jäykkiin ja virallisuonteisiin traditioihin.³⁵⁵

Sairaalasosiologian tutkimuksissa byrokratisoitumista ja hierarkkista rakennetta pidettiin osittain välttämättömänä sairaaloille, joiden oli pystyttävä toimimaan rationaalisesti ja tehokkaasti jatkuvasti myös hätätilanteissa.³⁵⁶ Samalla kuitenkin sairaalaorganisaatio sopi radikaaleille nuorille lääkärikunnan hierarkkisuuden ja aseman pönkittämisen symboliksi, jota voitiin käyttää provosoinnin ja ärsyttämisen välineenä. Näkökulma hoitoon erosi perinteisestä lääkärin ja potilaan luotamussuhdetta painottavasta ajattelusta. Vasemmistolaiset medisiinarit ja lääkärit kiinnittivät huomiota järjestelmiin, ja potilas-suhdetta tarkasteltiin kansalaisten tasavertaisuuden näkökulmasta. Sairaalasosiologian tutkimustuloksia saatettiin kuvata varsin värikkäästi, kuten Hesperian sairaalan apulaislääkäri Klaus W. Karlsson teki *Lääkärilehdessä* vuonna 1966. Karlsson viittasi tutkimuksiin, joiden mukaan kommunikaatio sairaalassa tapahtui ylhäältä alaspäin ja eniten oman ”statusryhmän” sisällä. Henkilökunnan keskuudessa oli ”kastijako”: ”-- *kiistakysymyksistä tehdään usein arvovaltakysymyksiä, hoitajattaret nousevat seisomaan 'Suuren Valkoisen Parantajan' astuessa huoneeseen, ruokaillaan eri pöydissä, kuljetaan tietyssä järjestyksessä ovista --*”. Sairaalatyöhön liittyi paljon maagista perinnettä ja symboliikkaa, kuten lääkärin valkoiset takit ja ”karismaattinen arvovalta” sekä ylilääkärin tai apulaisylilääkärin kierrot. Tutkimuksissa arveltiin rituaalien ja roolien suojaavan henkilökuntaa ahdistukselta työssä, mutta myös pitävän yllä vanhoja rakenteita. Radikaalien mukaan roolit sairaalayhteisössä oli määriteltävä rationaaliselta pohjalta ja hierarkkisuutta oli lievennettävä – modernien tehokkuuden ja demokratisuuden vaatimusten mukaisesti.³⁵⁷ Kandidaattien asema sairaalahierarkiassa oli omanlaisensa. Sairaanhoidajat saattoivat osoittaa heille paikan hierarkian pohjalla, mutta toisaalta tutkimusten mukaan eri virka-asemissa olevien lääkärin ja opiskelijoiden välillä vallitsi kollegiaalisuuden ja ammattikuntaan sosiaalistumisen vuoksi tasavertaisempi asetelma kuin sairaanhoidajien ja heidän oppilaittensa kesken.³⁵⁸

Joachim Israel katsoi, että sosiaalinen ja psykologinen puoli olivat jääneet koulutuksessa vähälle huomiolle, eivätkä lääkärit sen vuoksi osanneet kiinnittää huomiota potilaille tärkeisiin asioihin. Israelin mielestä lääkäreille olisi hyötyä yhteiskuntatieteiden tuntemuksesta, jotta he voisivat nähdä oman työnsä ja potilaan sairauden laajemmissa yhteyksissä. Opiskeluaikana medisiinareille syntyi tietty lääkärirooli, ja koulutuksen suuntaaminen uudelleen merkitsi mahdollisuutta

355 Elovainio Liisa, kirja-arvostelu: Mitä potilas odottaa. Medisiinari 3/1965, 58–59; Matka Tukholmaan eli Joachim Israelin haastattelu. Kollega 5/1965, 19–24; von Nandelstadh O. W.: Ihmissuhteiden merkitys sairaalan toiminnalle. SLL 19/1965, 1357–1360; Myös Aaltonen 1964, 144–148.

356 Aaltonen 1964, 92–93.

357 Karlsson Klaus W.: Sairaala sosiaalisena yhteisönä. SLL 3/1966, 168–171; Ks. myös Aaltonen 1964, 93–97, 102–104, 116–117; Hirvas Juhani: Eräitä sosiologisia aspekteja sairaaloiden toiminnassa. Medisiinari 2/1967, 19–20.

358 Esim. Pääkirjoitus. Medisiinari 3/1965, 7–8; Aaltonen 1964, 99–101; TLKS 2006, 28.

muuttaa ammattikuvaa.³⁵⁹ Kun vaatimukset ottaa huomioon potilaan psyykkinen puoli ja hänen asemansa yhteiskunnassa lisääntyivät, lääketieteen tutkintoon alettiin vaatia yhteiskunta- ja käyttäytymistieteitä. Helsingin tiedekunnassa oli 1960-luvun jälkipuoliskolla peruskurssi psykologiassa, mutta nyt kandidaatit ehdottivat sen rinnalle sosiologiaa.³⁶⁰ Vaatimukset saivat tukea sosiologisista tutkimuksista, jotka osoittivat karsintakurssien ja prekliinisten opintojen jossain määrin kyynistävän medisiinareita ja etäännyttävän heitä käytännön lääkärin työstä, jolloin juuri tässä vaiheessa olisi hyötyä käyttäytymis- ja yhteiskuntatieteiden opinnoista.³⁶¹

Sairaalasosiologiassa lääkärikuntaa tarkasteltiin yhtenäisenä ryhmänä, eivätkä lääkärkien väliset suhteet nousseet esille. Potilassuhteeseen liittyi kuitenkin tiiviisti myös ammattikunnan kollegiaalisuus. Perinteeseen kuului huomaavaisuus ja ystävällisyys kollegoja kohtaan sekä lääkärkien hyvä yhteistyö hoitotilanteissa. Kollegiaalisuuden merkityksestä osana ammatti-identiteettiä kertoo, että sen ylläpitäminen nähtiin usein lääkärijärjestöjen yhdeksi tärkeimmistä tehtävistä. Kandidaattiseuroissa kollegiaalisuuteen kasvattamista pidettiin toiminnan johtavana aatteena. Lääkäriliiton ohjeet määrittivät virallisesti kollegiaalisuuden vaatimukset, mutta kyse oli elävästä ja muuttuvasta käsitteestä. 1950–1960-lukujen vaihteessa hyvään kollegiaalisuuteen katsottiin kuuluvan ammatillinen vastuuntunto, hyvät yhteistyötaidot sekä ammattikunnan sisäinen kiinteys. ”Väärän kollegiaalisuuden” käsitteellä taas viitattiin kollegan virheiden salailuun, ammattikunnan eristäytymiseen ja vääränlaiseen auktoriteettiajatteluun.³⁶²

Vuonna 1962 *Medisiinari*-lehdessä julkaistiin professori Niilo Hallmanin esitelmä kollegiaalisuudesta ja LKS:n varapuheenjohtaja Lyly Tepon kirjoitus väärästä kollegiaalisuudesta. Hallman painotti kollegiaalisuuden merkitystä potilaan hyvän hoidon kannalta ja katsoi, että kollegiaalisuuden periaatteiden huomioiminen oli erikoistumisen aikakaudella erityisen tärkeää. Lääkärkien keskinäinen yhteistyö oli lisääntynyt, ja Hallman toivoi, että lääkärit konsultoisivat toisinaan enemmänkin. Keskeistä niin kollegiaalisuudessa kuin hyvässä potilassuhteessa oli pyrkimys ymmärtää toisia parhain päin. Hallman painotti perinteen hengessä kutsumuksen merkitystä: *”Henkilökohtaisen käsitykseni mukaan käytännön lääkärin ammattia ei kuitenkaan voi harjoittaa olematta jossakin määrin idealisti ja uskomatta kollegoista samaa.”* Myös Lyly Teppo pohti, että lääkärinä ei voinut toimia ilman kollegiaalisuutta. Keskeistä oli tiedostaa, mitä oli ”väärä kollegiaalisuus” eli kollegojen virheiden salailu ja peittely. Tärkeää oli myös ymmärtää oikein kurssitoverien mahdol-

359 Matka Tukholmaan eli Joachim Israelin haastattelu. *Kollega* 5/1965, 19–24.

360 Taipale Ilkka: Fakki-idiotismi. *SLL* 13/1965, 937–941; Lääketiede ja käyttäytymistieteet. *Medisiinari* 1/1966, 18–19; Käyttäytymistieteistä. *Medisiinari* 2/1967, 9.

361 Häyrynen Yrjö-Paavo: Valinta ihmiskeskisyyteen. *Medisiinari* 4/1970, 27–30; Myös Järvinen 1985, 10.

362 Esim. Pääkirjoitus: Kuka valvoo työtämme? *Medisiinari* 1/1956, 7; Puheenjohtajan sana. *Medisiinari* 1/1967, 42–43; Puusaari. Walter Poussar 60 v. 10.5.–57. *Medisiinari* 5/1957, 49–50; Palmén A. J.: Lääkärin etiikka nykyaikaan sovellettuna. *Medisiinari* 2/1958, 31–37; LKS:n puheenjohtajan tervehdyspuhe 25-vuotisjuhlassa. *Medisiinari* 4/1958, 8–9; Seppälä Olli, pääkirjoitus: Kollegiaalisuus. *Medisiinari* 10/1961, 7; Heikkinen Eino, Arstila Antti ja Frey Harry: Mietintö 1963. Ajatuksia turkulaisesta ylioppilastoinnista ja Turun Lääketieteen kandidaattiseurasta. *Kollega* 1/1964, 33–37; Korhonen L. K.: Seura vietti hiljaista! elämää. *Kollega* 2/1966, 59–62.

liset huomautukset virheistä ja epäasiallisesta käytöksestä sekä pyrkiä antamaan ja ottamaan vastaan rakentavia neuvoja ja ohjeita.³⁶³

1960-luvun alkupuolella lääkärikunnan kollegiaalisuutta koettelivat erikoistumisen yleistymisen ja ammattikunnan eri ryhmien etujen vastakkaisuus. Lääkäriliitossa pohdittiin yleis- ja erikoislääkärien välisiä suhteita, eri ryhmien välistä solidaarisuutta sekä eettisten perinteiden välittämistä nuoremmalle polvelle. Tee-
mat tulivat esille, kun uudistetut kollegiaalisuusohjeet hyväksyttiin vuonna 1963. Kollegiaalisuuden käsite oli laajentunut yksittäisten lääkärien toveruudesta eri lääkäriryhmien väliseen solidaarisuuteen. Ohjeisiin tuli lisäys, että ryhmien oli vältettävä toistensa etujen ja oikeuksien loukkaamista. Yleis- ja erikoislääkärien väliseen tiedonkuluun kiinnitettiin erityistä huomiota. Lisäksi annettiin ohjeita kollegan virheisiin, laittomuuksiin ja muihin ongelmiin puuttumisesta. Ohjeissa painotettiin myös tradition välitystä: esimiehenä ja opettajana toimivien oli kiinnitettävä alaistensa ja oppilaidensa huomiota ammatin velvollisuuksiin ja ammattitoveruuden mukaisiin käytöstapoihin sekä näytettävä hyvää esimerkkiä.³⁶⁴ Vuonna 1968 Helsingin lääketieteellisessä tiedekunnassa suoritettu tutkimus osoitti, että medisiinarien käsitys kollegiaalisuudesta pohjautui perinteeseen: 73 prosenttia arveli huomauttavansa taitovirheestä suoraan kollegalle ja vain 20 prosenttia arveli ilmoittavansa asiasta Lääkäriliittoon tai lääkintöhallitukselle. Tässä kändien kanta noudatti kollegiaalisuusohjeita.³⁶⁵

Lääkärikunta eliittinä: medisiinarien tausta ja asenteet

Vuonna 1966 valtiot. maist. Urho Rauhala väitteli suomalaisen yhteiskunnan sosiaalisesta kerrostuneisuudesta ammattien arvostuksen valossa. Tähän tutkimukseen viittasivat 1960-luvun jälkipuoliskolla monet lääkärikunnan sosiaalista asemaa tai taustaa käsitelleet artikkelit ja tutkimukset. Rauhalan tutkimus kertoi lääkärin ammatin korkeasta arvostuksesta Suomessa. Tutkimuksen ammasteista ja yhteiskunnan tehtävistä laaditussa hierarkiassa arvostetuimpien joukkoon kohosi sairaalalääkäri, sijalle 7. Edellä oli sellaisia tehtäviä kuin korkeimman oikeuden presidentti (1), pääministeri (2), professori (3) ja piispa (5). Myös muut lääkärikunnan ammatit sijoituivat korkealle: lääkäri sijalle 18, psykiatri sijalle 23 ja kunnanlääkäri sijalle 28.³⁶⁶ Yleisammasteista lääkäri oli arvostetuin.³⁶⁷ Tutkimus toi hyvin esille, että lääkärit olivat tukevasti osa ylintä suomalaista sosiaalista kerrostumaa. Samalla Rauhala totesi, että Suomessa yliopisto- ja korkeakoulutus oli keskeinen väylä yhteiskunnan yläluokkaan ja tie sosiaaliseen nousuun.³⁶⁸

363 Hallman Niilo: Kollegiaalisuus. Medisiinari 3/1962, 8–16; Teppo Lyly: Väärää kollegiaalisuutta. Medisiinari 3/1962, 17–19.

364 Aalto 2010, 101.

365 Jaakkola Risto: Medisiinarien käsitykset lääkärin ammatista, sairaista, lääkärin etiikasta ja sosialisoinnista. Medisiinari 1/1969, 55–64.

366 Rauhala 1966, liitetaulukko 4 s. 212 alkaen.

367 Rauhala 1966, liitetaulukko 12 s. 344 alkaen. Tästä ryhmittelystä oli poistettu ns. asemaan perustuneet ammatit.

368 Rauhala 1966, 140–141, myös taulukko 15 s. 191.

Näin koulutuksella oli merkitystä yhteiskunnan eliittiasemaan kohoamiselle ja eliittiaseman uusintamiselle. Ylioppilaiden sosiaalisen taustan tarkastelu osoittaa, että medisiinarien kohdalla kyse oli jatkuvuudesta: lääketieteellisen tiedekunnan opiskelijat tulivat keskimääräistä useammin ylemmistä yhteiskuntaluokista. Medisiinarien yläluokkaista taustaa on tuotu esille jo aiemmin tässä tutkimuksessa, eikä tilanne 1960-luvulla muuttunut. Arto Nevalan väitöskirjatutkimuksen mukaan vuonna 1960 uusista lääketieteen opiskelijoista 44 prosenttia tuli yläluokasta (isän ammatti ylempi toimihenkilö tai yrittäjä) ja tilanne oli sama 10 vuotta myöhemmin. Alempien toimihenkilöiden perheistä tuli 22 prosenttia vuonna 1960 ja 23 prosenttia vuonna 1970. Työläistäustaisten osuus nousi vuosikymmenen aikana 13 prosentista 17:ään, ja vastaavasti maatalousväestön lasten osuus laski 21 prosentista 16:een.³⁶⁹ Nevala on todennut, että toisin kuin muilla aloilla lääketieteen opiskelijoiden sosioekonominen tausta ei tasoittunut 1960-luvulla, eikä uusien tiedekuntien perustaminen myöskään vaikuttanut tähän. Helsingin yliopiston lääketieteellinen tiedekunta erottui vielä muista erityisen yläluokkaisena.³⁷⁰

Kuvaa medisiinarien sosiaalisesta taustasta voi tarkentaa Opetusministeriön raportista *Korkeakouluopiskelijoiden alueellinen ja sosiaalinen tausta 1940–1969* sekä SYL:n teettämistä opiskelijatutkimuksista³⁷¹. Opetusministeriön tutkimuksen mukaan uusista medisiinareista 45 prosenttia oli peräisin ylempien toimihenkilöiden ja yrittäjien perheistä lukukaudella 1960–1961. Sama luku oli 43 prosenttia lukukaudella 1968–1969. Verrattuna muihin yläluokkaisina pidettyihin aloihin lääketieteelliset tiedekunnat olivat lähellä oikeustieteellisiä tiedekuntia, kun taas tekniikan ja kauppatieteiden alalla ylempien kerrosten osuus laski 1960-luvulla: tekniikassa 40 prosentista 33:een ja kauppatieteissä 38 prosentista 33:een. Mainituilla aloilla alempien toimihenkilöiden lasten määrä oli lääketieteellistä suurempi. Medisiinareista 1960-luvun alussa 13 prosenttia tuli työväestöstä ja 20 prosenttia maatalousväestöstä, lukukaudella 1968–1969 luvut olivat 14 ja 22 prosenttia. Luvut eivät täysin vastaa Nevalan lukuja, joten taustalla lieenee erilaisia luokitteluperiaatteita. Opetusministeriön raportissa todettiin, että lääketieteen opiskelijoista keskimääräistä useammat tulivat yläluokasta, mutta myös maatalousväestöstä peräisin olevien osuus oli keskimääräistä suurempi.³⁷²

Päivi Elovainion tutkimuksessa vuodelta 1961 on kiinnostavaa, että Helsingin ja Turun lääketieteellisten tiedekuntien nais- ja miesopiskelijoita on mahdollista verrata keskenään. Näin tiedekuntien välinen profiliero tulee esille. Kun Helsingin naismedisiinareista lähes 48 prosenttia ja miesopiskelijoista 39 prosenttia oli

369 Nevala 1999, taulukko lääketieteen uusien opiskelijoiden sosiaalinen tausta s. 202.

370 Nevala 1999, 202–203.

371 Elovainio 1964 ja Kalaja 1967.

372 Korkeakouluopiskelijoiden alueellinen ja sosiaalinen tausta 1940–1969 vuodelta 1972, taulukko 19 s. 38–39 ja liitetaulukko 36 s. 156–158. Taulukossa 19 isän sosiaalisen aseman luokittelussa ovat mukana: toimihenkilöt ja yrittäjät, työntekijät sekä maatalouselinkeinoharjoittajat. Liitetaulukossa 36 on tarkempi jaottelu: ylemmät toimihenkilöt ja heihin verr. yrittäjät, alemmat toimihenkilöt ja pienyrittäjät, ammattitaitoiset työntekijät, ammattitaidottomat työntekijät sekä maatalouselinkeinoon harjoittajat. Jaottelu perustuu Tilastokeskuksen sosiaaliasemaryhmittelyyn. Tekstissä olen niputtanut työntekijät yhdeksi ryhmäksi, sillä lääketieteessä ammattitaidottomien työntekijöiden lasten osuus oli erittäin pieni.

taustaltaan ylempien toimihenkilöiden lapsia, Turussa luvut olivat naisten osalta 23 prosenttia ja miesten osalta 26 prosenttia. Turussa maanviljelijöiden lapsia oli yhtä paljon kuin ylempien toimihenkilöiden: naisopiskelijoista 26 prosenttia ja miesopiskelijoista 24 prosenttia oli peräisin tästä ryhmästä. Helsingin osalta vastaavat luvut ovat 11 ja 15 prosenttia. Alempien toimihenkilöiden lapsia opiskeli Helsingissä vähemmän kuin Turussa. Lukuihin vaikuttanevat rekrytointialueet: Helsingin tiedekunnan opiskelijoista yli puolet tuli Uudeltamaalta, Turkuun tulii Varsinais-Suomen lisäksi lähimaakunnista. Elovainion tutkimuksen perusteella Helsingin lääketieteellinen tiedekunta näyttäytyykin erityisen yläluokkaisena – sekä verrattuna Turun tiedekuntaan että verrattuna Helsingin yliopiston muihin tiedekuntiin.³⁷³ Oulun lääketieteellisen killan vuonna 1970 kursseille tekemän kyselyn mukaan Oulun medisiinareista akateemisesti koulutettujen ja ylempien toimihenkilöiden lapsia oli 31,5 prosenttia, maanviljelijöiden lapsia 26 prosenttia ja alempien toimihenkilöiden lapsia 20 prosenttia. Suurin osa rekrytoitui Keski- ja Pohjois-Suomesta.³⁷⁴ Kysely on lähinnä suuntaa-antava, sillä siinä käytetyt menetelmät ja otoksen suuruus eivät ole tiedossa.

Vuonna 1964 ilmestyi Elina Haavio-Mannilan laaja tutkimus lääkärien ammatettiin liittyvistä tavoitteista ja niiden saavuttamisesta. Yhtenä tutkimuksen muuttujana oli lääkärikunnan sosiaalinen tausta. Haavio-Mannilan tekemä vertailu toi esille, että lääkärit olivat yhteiskunnan valtarehjän sisällä taustaltaan erityisen yläluokkaisia. Kiinnostavaa on, että naislääkäreistä 79 prosenttia oli peräisin ylä- ja keskiluokasta, kun taas sairaanhoitajista 72 prosenttia oli keski- ja talonpoikaialuokasta. Yläluokan tyttäreille sopiva terveydenhoitoalan ammatti oli lääkäri, maanviljelijän tyttäreille sairaanhoitaja. Toinen tärkeä huomio oli, että lääkärimatman siirtyminen isältä pojalle tai tyttäreille oli erittäin yleistä. Haavio-Mannilan tutkimukseen osallistuneista lähes yhdeksän prosenttia oli lääkärien lapsia. Kaiken kaikkiaan lääkärikunta rekrytoitui suppeasta piiristä: taustalla oli usein opettajan, virkamiehen tai papin perhe, ”tyypillinen sivistyneistökoti”. Muiden tutkijoiden tapaan Haavio-Mannila piti pitkää ja kallista koulutusta taustatekijänä sille, että lääkärit tavallista useammin tulivat yläluokasta.³⁷⁵ Toisaalta 1960-luvulla tämä selitys ei enää toiminut entiseen tapaan, sillä opinnot olivat lyhentyneet merkittävästi. Irma Kalajan tutkimus vuodelta 1964 tosin osoitti, että vieraspaikkakuntalaisten yksinasuvien lääketieteen opiskelijoiden menot olivat yliopiston suurimmat Helsingissä ja Turussa.³⁷⁶ Kyse voi kuitenkin olla myös tottumuksesta tiettyyn kulutustasoon.

³⁷³ Elovainio 1964, taulukot 37–40 Helsingin ja Turun yliopistojen nais- ja miesopiskelijoista sosiaali-ryhmittäin s. 49–52. Jaottelu on seuraava: maanviljelijät, yksityisyrittäjät, yritysten johtajat, ylempät toimihenkilöt, alemmat toimihenkilöt sekä työväestö (ammattitaitoinen ja ammattitaidoton). Lisäksi taulukot 41–44 Helsingin ja Turun yliopistojen nais- ja miesopiskelijoista talousalueittain s. 53–54. Taulukkoja ei voi suoraan verrata, sillä niissä talousalueita on niputettu yhteen eri tavoilla, mutta ne antavat kuvan siitä, kuinka suuri osuus medisiinareista tuli yliopiston kotimaakunnasta. Helsingin lääketieteellisen opiskelijoista naisista 55,5 % ja miehistä 56 % tuli Uudeltamaalta. Turun lääketieteelliseen tuli naisista 37 % ja miehistä 44,3 % Varsinais-Suomesta.

³⁷⁴ Oulun lääketieteellinen kiltä 1970.

³⁷⁵ Haavio-Mannila 1964, 74–82.

³⁷⁶ Kalaja 1965, taulukko liite 4/1. Kalajan tutkimuksessa tutkittiin opiskelijoiden tuloja ja menoja yhden kuukauden ajalta, joten tällaisen satunnaisotoksen tuloksia voinee pitää lähinnä suuntaa-antavina.

1960-luvulla korkeakoulupolitiikassa pyrittiin laajentamaan sitä alueellista ja sosiaalista taustaa, josta opiskelijat tulivat. Poliittisesti tämä vastasi maalaisliitto-keskustan ja sosialidemokraattisen puolueen tavoitteita, mutta myös laajemmin kansainvälisiä lahjakkuuspotentiaalin hyödyntämisen ajatuksia. Koulutuspohjan laajentaminen oli keino tasoittaa varallisuuseroja, mahdollistaa sosiaalinen liikkuvuus ja säännellä yhteiskunnallisia ristiriitoja.³⁷⁷ Kuten yllä olevat luvut osoittavat, lääkärikoulutuksen kohdalla pyrkimykset eivät toteutuneet. Työväestön lasten osuus tosin hieman kasvoi 1960-luvun jälkipuoliskolla, mutta profiililtaan lääketieteelliset tiedekunnat säilyivät yläluokkaisina. Mikään tutkimus ei aukottomasti selitä medisiinarien yläluokkaisuutta. Opintojen pituus ja kalleus eivät enää 1960-luvulla riittäneet selittämään ilmiötä. Taustalla vaikuttaa olevan monimutkaisempi yhdistelmä, jossa ammatin korkea arvostus ja sisäänpääsyyn liittynyt kova kilpailu näyttelivät keskeistä roolia. Vaikka lääkärinä oli mahdollisuus saavuttaa turvattu toimeentulo, julkisuudessa vallitsi kuva, että tie ammattiin oli kivikkoinen. Vauras kotitausta antoi ainakin taloudellista ja kulttuurista taustatukea. Esikuvien merkitys oli usein tärkeä, ja niitä oli ylemmissä yhteiskuntaluokissa luultavasti enemmän tarjolla. On myös huomattava, että lääketieteelliseen tiedekuntaan pääsy edellytti korkeita arvosanoja ylioppilastutkinnossa, joiden saavuttamisen voi arvioida vaatineen joko erityistä sinnikkyyttä tai suurempaa kulttuuripääomaa. Tutkimusten mukaan lääketieteen opiskelijoiden ylioppilastutkintoarvosanat olivatkin 1960-luvulla korkeammat kuin muiden alojen opiskelijoiden.³⁷⁸

Medisiinarien taustan hahmottaminen antaa välineitä käsitellä myös heidän yhteiskunnallista asemoitumistaan ja asenteitaan. On tosin vaikea erottaa, mikä lääkärikunnan yleisissä ja poliittisissa asenteissa oli sosiaalisen taustan ja mikä ammattikuntaan sosiaalistumisen tulosta. Tästä ei myöskään ole olemassa tutkimusta. Tulkintoja voi tehdä vain karkealla ja yleisellä tasolla. Tiedekunnan opiskelijoiden keskimääristä yhtenäisempi tausta luultavasti ainakin tuki osaltaan tiivistä yhteisöllisyyttä. Yläluokkaisuus merkitsi sosiaalista ja kulttuurista pääomaa, joka auttoi medisiinareita edelleen sosiaalistumaan tulevaan ammattikuntaansa. Olennaista on, että sekä lähtökohta että lopputulos olivat yleensä samoja: medisiinarit tulivat yläluokasta ja valmistuivat osaksi yläluokkaa. Vaikuttaa siltä, että niin medisiinarien sosiaalinen tausta kuin akateeminen koulutus sinänsä tuottivat keskimääristä yhdenmukaisempaa asenneilmastoa.

1960-luvun medisiinarikunnassa pohdittiin paljon ammatillista yhdenmukaisuutta. Kyse ei ollut uudesta asiasta, sillä koulutuksen oli vanhastaan nähty tuottavan liikaakin yhdenmukaisuutta – ”laumahengestä” oli puhuttu jo 1940-luvun lopulla. Tämä liittyi yhtenäiseen ja vähän valinnan vapautta sisältäneeseen opinto-ohjelmaan ja sen kurssimaiseen etenemiseen. Fakkiutumisen haittoja vastaan oli taistel-

³⁷⁷ Esim. Jalava 2012, 44–53.

³⁷⁸ Kalaja 1967, taulukko 242.2 s. 172. Lääketieteellisten tiedekuntien opiskelijoiden ylioppilastutkinnon yleisarvosanat jakautuivat seuraavasti: 53 % laudatur, 43 % cum laude approbatur ja 4 % approbatur. Samat luvut teknillisillä aloilla olivat 39 % (=l), 53 % (=cl) ja 8 % (=a) ja oikeustieteellisillä 32 % (=l), 47 % (=cl) ja 21 % (=a). Voimistelualalla luvut olivat toisesta ääripäästä: 6 % (=l), 53 % (=cl) ja 41 % (=a); Myös Marinin vertailu Helsingin yliopiston eri tiedekuntien opiskelijoiden opintomenestyksestä osoittaa saman, ks. Marin 1970, taulukko 6, s. 28.

tu eri aikoina korostamalla medisiinareille muiden alojen merkitystä. 1960-luvulla opiskelijalehdissä analysoitiin säännöllisesti medisiinarimentaliteettia ja vaadittiin sen uudelleenarvioimista.³⁷⁹ Avautuminen muille aloille nähtiin tärkeänä ensinnäkin siksi, että lääkärit antaisivat panoksensa yhteiskunnan kehittämiseen. Toisaalta kyse oli siitä, että lääkärien asenteiden ja käsitysten tuli olla monipuolisia, koska potilaat edustivat koko yhteiskuntaa ja koko ihmismielen kirjoa. Suvaitsevaisuutta ja asenteiden joustavuutta korosti jo professori A. J. Palmén vuonna 1956 *Lääkärin etiikka* -kirjassaan³⁸⁰. Vuonna 1964 *Medisiinari*-lehden päätoimittaja Heikki Majava analysoi akateemisen koulutuksen vaikutuksia medisiinarien etääntymiseen ”kansasta”. Majava katsoi, että kurssimainen, eristynyt opiskelu karsinoi tehokkaasti ja näin henkinen välimatka kansaan kasvoi. Lääkärin asema toi kuitenkin suuren sosiaalisen arvovallan ja auktoriteetin. Majava piti tasavertaisuutta tärkeätä yhteiskunnan toimivuudelle ja lääkärin työssä henkilökohtaista suhdetta ja oikeaa asennetta potilaaseen. Medisiinarin oli tavoiteltava avointa ja ennakkoluulotonta suhtautumista kaikkiin ihmisiin heidän taustoistaan riippumatta. Majava suositteli taidetta keinona lisätä ymmärrystä.³⁸¹ Majava viittasi erityisesti lääkärien suhtautumiseen alempiin yhteiskuntaryhmiin. Esimerkiksi sairaalasosiologian tutkimuksissa Yhdysvalloissa oli todettu, että lääkärit suhtautuivat myönteisemmin ylemmän yhteiskuntaluokan potilaisiin, jotka myös saivat parasta ja uusinta hoitoa.³⁸² Vaikka kyseiset tutkimustulokset ovat voineet olla tulkinnanvaraisia, oleellista on, että tällaisia käsityksiä levitettiin julkisuudessa.

1960-luvun medisiinarien arvot olivat ajautuneet ristiriitaan vanhemman sukupolven kanssa ensin lääkintäpolitiikassa. Varsinainen yhteentörmäys tapahtui vuosikymmenen puolivälissä, jolloin arvokeskustelussa lääkärin etiikasta nuori sukupolvi asettui vanhempia lääkäreitä liberaalimmalle linjalle. Samalla tuli kuitenkin esille, että äänekkäimmät medisiinarit olivat myös sukupolvensa radikaaleinta ainesta, joka alkoi kiinnittyä puoluepoliittisesti vasemmistoon. Näin sukupolvien välinen yleinen vastakkainasettelu alkoi muuttua näkyviksi poliittisiksi jakolinjoiksi. Tämä tapahtui kuitenkin hitaasti siten, että vuosina 1964–1966 on havaittavissa yleisempää ”nuoret vastaan vanhat” -henkeä. Radikaalit saivat medisiinarikunnassa vastaansa lähinnä muutamia harvoja konservatiiveja. Vuonna 1967 polarisaatio alkoi syvetä, kun puoluetunnukset otettiin avoimemmin käyttöön ja äänensävyt jyrkkenivät.

1960-luvun aikana alettiin tunnustaa lääkärien yhteiskunnallisen osallistumisen tarve. Erityisesti poliittisesti aktiivisten medisiinarien joukossa on havaittavissa itsetunnon nousua suhteessa muita aloja edustaviin yhteiskunnallisiin keskustelijoihin. 1950-luvun puhe käytännönläheisten ja erikoistuneiden tieteenalojen

379 Esim. Pääkirjoitus: Onnittelumme. *Medisiinari* 3/1963, 7–8; Ponteva Matti, pääkirjoitus: Medisiinarien akateeminen vapaus. *Medisiinari* 2/1964, 7–9; Veikkolin Taina: Medisiinarimentaliteetista. *Kollega* 4/1964, 17–19; Areena-mielipidepalsta. *Medisiinari* 2/1965, 81; Pääsihteerin palsta. *Medisiinari* 2/1966, 12–13.

380 Palmén 1956, 90–93.

381 Majava Heikki: Lääkäri ja akateemisuus. *Medisiinari* 8/1964, 8–9.

382 Aaltonen 1964, 152–153; Myös Elovainio Liisa, kirja-arvostelu kirjasta Aaltonen Lea: Sairauksien ja sairaalaelämän sosiologiaa. *Medisiinari* 7/1965, 48–49.

”fakki-idiotismista” alkoi muuntua sellaisen asiantuntemuksen arvostukseksi, jota käytettiin laajasti yhteiskunnan hyväksi. Näin ollen osa medisiinareista katsoi, että lääkärin työn keskiössä ei ollut enää vain yksittäinen potilas vaan koko yhteiskunta.³⁸³ Heikki Majava totesi, että suomalaisessa yhteiskunnallisessa keskustelussa tiettyä erikoisalaa edustavia intellektuelleja oli kuitenkin vähän verrattuna yleisintellektuelleihin. Majava arvioi, että tabujen rikkomista ja arvojen muutosta saattoi edistää vain perustellun tiedon ja mielipiteiden avulla. Lääkärikunnalla olisi voinut olla hedelmällinen rooli tässä, kuten Majava summasi:

*”Eri alojen asiantuntijoiden osallistuminen julkiseen keskusteluun voisi kohottaa keskustelun tason sellaiseksi, että älymystöön ei suhtauduttaisi kuin aggressiivisesti ja itsetarkoituksellisesti tabujen rikkomiseen pyrkivään ryhmään, vaan sitä pidettäisiin perusteltua ja monipuolista tietoa tarjoavana edistyksen puolestapuhujana.”*³⁸⁴

Medisiinarikunnassa oli yleisradikalismia, mutta varsinaista vasemmistolaisuutta oli vähän. Vuonna 1965 SDP:hen liittynyt Ilkka Taipale oli yksi, joka kannusti lääkäreitä yhteiskunnalliseen keskusteluun varsin provokatiiviseen tyyliin. Vuonna 1965 Taipale esitelmöi Duodecimin kokouksessa LKS:n kulttuurisihteerinä otosikolla ”Fakki-idiotismi”. Taipale puhui lääkäreistä tavalla, johon ei ollut totuttu ammattikunnassa. Hän kuvasi lääkäriä *”instrumenttiansa symboliksi, sakkautuneen yläkeskiluokan jäseneksi, tietämisen epäluomaksi, epä-älymystöläiseksi ja itsetietoiseksi antifaustiksi”*. Taipale syytti lääkäreitä passiivisuudesta ja kehotti heitä osallistumaan enemmän ja laajemmin yhteiskunnalliseen keskusteluun. Tavoitteeksi oli asetettava arvojen uudelleenarviointi, mikä koski erityisesti lääkärikunnan tabuaiheita, kuten abortteja sekä apteekkien, lääketehtaiden ja -mainonnan asemaa. Taipale katsoi, että medisiinarien tuli pystyä ottamaan laajasti kantaa, mutta tiedekunnassa ei riittävästi kasvatettu opiskelijoita kriittisyyteen ja keskustelemaan.³⁸⁵

Lääkärikunnan yläluokkaisuudesta ja sen vaikutuksista alettiin keskustella vuonna 1967. Jälleen kerran asialla olivat lähinnä yhteiskuntatieteilijät. Alkuvuodesta ilmestyi *Sosiologia*-lehdessä Tapani Valkosen sosiologian harjoitustyöhön pohjautunut artikkeli sosiaalisesta liikkuvuudesta. Valkonen oli vertaillut yhteiskunnan johtoryhmien sosiaalista taustaa. Lääkärien osalta vuosien 1935 ja 1962 matrikkelitiedot osoittivat, että lääkärikunta oli yläluokkaisempi kuin muut tutkitut ryhmät eikä liikkuvuus ollut juuri lisääntynyt. Valkosen pohtiessa tutkimustuloksiaan nousi esille kaksi seikkaa, joihin kiinnitettiin huomiota myös *Medisiinari*-lehdessä: työväestön jälkeläisten vähäinen osuus saattoi merkitä yhteiskunnan johtavien ryhmien etäisyyttä niistä, joita he palvelivat terveydenhuollossa, kouluissa, oikeuslaitoksessa ja seurakunnissa. Toinen huomio oli, että yläluokan lasten kiinnostus

383 Idealista: Medisiinarit ja ylioppilaslehdistö. Medisiinari 8/1964, 42–43; Areena-mielipidepalsta. Medisiinari 2/1965, 81; Pääkirjoitus: Meidän vastuumme. Kollega 1/1965, 7–8; Majava (Heikki): Pääkirjoitus. Medisiinari 1/1966, 5; Pääsihteerin palsta. Medisiinari 2/1966, 12–13.

384 Majava Heikki, pääkirjoitus: Lääkäri ja yhteiskunta. Medisiinari 9/1966, 7.

385 Taipale Ilkka: Fakki-idiotismi. SLL 13/1965, 937–941; Myös Taipale Ilkka, mielipidekirjoitus: Lääkärin asemasta rauhantyyssä. SLL 21/1965, 1474–1475.

parhaiten (arvonannolla ja tuloilla) palkittuihin ammatteihin saattoi heijastella yhteiskunnassa vallitsevia käsityksiä eri alojen tärkeydestä ja arvostuksesta.³⁸⁶

Kari Lampikoski pohti lääkärien korkean yhteiskunnallisen statuksen positiivisia ja negatiivisia seurauksia *Kollega*-lehdessä. Korkeaa statusta selitettiin lääkärin vaativilla työtehtävillä, joissa tarvittiin spesiaalitietoa, auktoriteettiasemalla ja suurella vastuulla potilaista. Arvostus ilmensi ammatin suurta merkitystä yhteiskunnalle ja tarvetta saada motivoituneita ja lahjakkaita opiskelijoita alalle. Lampikosken mukaan lääkärien korkeasta statuksesta oli positiivista hyötyä, kun he ajoivat lääkintähuollon järjestämiseen liittyviä tavoitteita poliittisten päättäjien suuntaan. Lisäksi arvostus vaikutti potilaiden luottamukseen lääkärien kykyihin, mikä edesauttoi paranemista. Negatiivisista puolista Lampikoski nosti esille lääkärien kokemusten ja seurustelun rajoittumisen yläluokkaan, mikä saattoi merkitä sitä, että ”alempien kansankerrosten” elintapojen tuntemus jäi vähäiseksi. Juuri nämä luokat kokivat lääkärit muita useammin kiireisinä ja ylimielisinä. Sairaaloissa statuserot saattoivat merkitä sitä, että lääkärit pitivät kiinni auktoriteettiasemastaan ja jarruttivat uudistuksia.³⁸⁷ Lastenlinnan psykologi Marjatta Kiuttu kirjoitti *Medisiinari*-lehdessä lääkärin rooliin kasvamisesta. Kiuttu huomautti, että koulutus tarjosi medisiinareille ”*valmiit arvot ja identifikaatiomallin suomatta juuri mahdollisuutta itsenäiseen ajatteluun*”. Identifikaatiomalli oli kuitenkin vanhentunut. Kiuttu katsoi, että lääkärit olivat sosiaalisesti eristäytyneitä ja vieraantuneita muusta yhteiskunnasta. Lääkäreiden kyky yhteistyöhön muiden alojen ammattilaisten kanssa oli huono, sillä he omaksuivat herkästi auktoriteettiaseman suhteessa heihin. Kiuttu myös arvosteli lääkärikuntaa konservatiivisuudesta ja näki epäkohtien taustalla olevan traditionaalisen koulutus- ja asennesysteemin.³⁸⁸

Medisiinarien ja lääkäreiden puoluepoliittista asennoitumista ei ole juuri tutkittu, mutta mielikuva lääkäreiden samaistumisesta poliittiseen oikeistoon on vahva.³⁸⁹ Tähän liittyy medisiinarien yläluokkainen sosiaalinen tausta, akateemisen koulutuksen tuottama eliittiasema, lääkärin arvostettu asema ja suurina pidetyt tulot. Kuvaa voi täydentää sillä, että osa lääkäreistä suhtautui negatiivisesti tai varauksella sosiaalisiin uudistuksiin – ”sosialisoinnin uhasta” puhuttiin monien terveyden- ja sairaanhoidon uudistusten yhteydessä.³⁹⁰ Vuonna 1980 patologisen anatomian emeritusprofessori Harald Teir pohti lääkäreiden konservatiivisuutta ja arveli medisiinarien rekrytoituvan konservatiivisista piireistä: ”*Esimerkiksi hyvin paljon lääkäreitten lapsia lukee lääkäreiksi.*” Teir myös arvioi, että lääkärin työssä tulivat

386 Valkonen 1967, 59–62. Tutkimuksessa sosiaalinen tausta oli jaoteltu seuraavasti: Yläluokka = johtavassa asemassa olevat henkisen työn tekijät, mm. akateemisen loppututkinnon suorittaneet, keskiluokka = muut henkisen työn tekijät, maanviljelijät ja työväestö.; Lääkärit lähtöisin yläluokasta. Medisiinari 6/1967, 34.

387 Lampikoski Kari: Lääkärin yhteiskunnallisesta statuksesta. *Kollega* 3/1967, 12–16.

388 Kiuttu Marjatta: Mitä vikaa lääkäreissä. *Medisiinari* 2/1967, 11–12.

389 Esim. Keränen 1980, 19–20.

390 Esim. Yrjö-Paavo Häyrynen totesi vuonna 1970, että lääkäreidenkin edustama ”professionalismi” tunsi perinteisesti vastahankaisuutta ”sosiaalisten ja poliittisten suunnittelu- ja kontrollijärjestelmien suhteen” ja että osa lääkäreistä piti eräitä terveydenhuoltopolitiikan sovelluksia uhkana ammatilliselle vapaudelleen. Häyrynen Yrjö-Paavo: Valinta ihmiskeskisyyteen. *Medisiinari* 4/1970, 27–30.

esiin yhteiskunnan varjopuolet, jotka saivat toiset radikalisoitumaan mutta valtaosan reagoimaan päinvastaisella tavalla.³⁹¹

Kun tarkastellaan ylioppilaskuntaa kokonaisuudessaan, voi sanoa, että akateeminen sivistyneistö oli perinteisesti sitoutunut vahvasti isänmaallis-kansalliseen aatteellisuuteen, porvarilliseen arvomaailmaan ja poliittisesti keskusta-oikeistoon. Erottautumisen mekanismit olivat selkeitä, ja ylioppilasmaailmassa noudatettiin tulevan luokka-aseman mukaista sekä omaa opiskeluasemaa korostavaa koodistoa. 1960-luvulla siirryttiin antikommunistisesta oikeistolaisuudesta yleisliberalismiin, joka ei aluksi sitonut puoluepoliittisesti. Vasemmiston ylioppilasyhdistykset pysyivät pieninä ja niiden rooli vähäisenä ennen 1960-luvun jälkipuoliskoa. Vuosina 1965–1966 yleisvasemmistolaisuus alkoi linkittyä sosialidemokraattiseen puolueeseen, mutta myös liberaaleihin ja keskustapuolueeseen.³⁹²

Keväällä 1968 Helsingin yliopiston opiskelijoiden keskuudessa suoritettiin tutkimus näiden poliittisesta kannasta. Lääketieteen opiskelijoista 60 prosenttia ilmoitti äänestävänsä kokoomusta ja ruotsinkielisistä enemmistö RKP:tä, kuten vasemmistolainen lääkäri Claes Andersson raportoi *Lääkärilehdessä*. Andersson kirjoitti havainneensa lääkärikunnassa alempiin sosiaaliluokkiin kohdistuvaa syrjintää, minkä hän liitti lääkärien konservatiivisuuteen ja samaistumiseen yläluokkaan.³⁹³ *Kollega*-lehdessä Hannu-Olavi Piilinen kirjoitti vuonna 1967, että suomalainen lääkäri samaistaa itsensä poliittiseen oikeistoon. Kuvaa lääkärien oikeistolaisuudesta loivat ilmeisesti vasemmiston lehdet, joissa lääkäriä syytettiin ”*ahneeksi saalistajaksi ja kehityksen jarrumieheksi*”.³⁹⁴ Myös Turun yliopiston anatomian professori Mikko Niemi (SDP) arvioi *Kollega*-lehdessä, että suurin osa lääkäreistä oli muiden akateemisesti koulutettujen tapaan maailmankatsomukseltaan konservatiivisia eli porvarillisia.³⁹⁵ Vuonna 1970 toteutettiin tutkimus Turun yliopiston opettajien ja opiskelijoiden poliittisista näkemyksistä. Lääketieteen opettajien keskuudessa korostui porvarillisten puolueiden kannatus, ja medisiinareista 45 prosenttia kannatti oikeistoa, 20 prosenttia keskustaa ja 25 prosenttia vasemmistoa. Tarmio on luonnehtinut tiedekunnan enemmistön edustaneen ”porvarilliseksi ja konservatiiviseksi epäohjelmallisuudeksi luonnehdittavaa yhteiskunta-ajattelua”.³⁹⁶ Tämän tarkempia johtopäätöksiä asiassa on vaikea tehdä, sillä tutkimuksia äänestyskäyttäytymisestä ei ole tehty.³⁹⁷

391 Keränen 1980, 106–107.

392 Kolbe 1993, II, 14–16, 345–361; Kolbe 1996, 7–14, 26–27, 39–41, 92–96, 109–112, 236–249.

393 Andersson Claes: Epäpoliittinen lääkäri. SLL 36/1968, 3148–3150.

394 Piilinen Hannu-Olavi: Työn raskaan raatajille. *Kollega* 1/1967, 37–39.

395 Niemi Mikko: Lääkäri ja politiikka. *Kollega* 6/1967, 52–54.

396 Tarmio 1993, 192–193, ks. alaviite 210.

397 Kuitenkin myös kansainvälisissä tutkimuksissa on todettu medisiinarien muuttuvan opintojensa aikana konservatiivisemmiksi poliittisissa ja taloudellisissa kysymyksissä, ks. Järvinen 1985, 11 ja Vainiomäki 1995, 20.

Naismedisiinarit – hiljainen vähemmistö?

1960-luvulla Suomen lääketieteelliset tiedekunnat olivat miesenemmistöisiä ja naismedisiinarien osuus kasvoi hitaasti. Arto Nevalan mukaan naisten osuus uusista lääketieteen ja farmasian opiskelijoista oli 28 prosenttia vuonna 1950 (naisten osuus kaikista uusista opiskelijoista 46 %), 35 prosenttia vuonna 1960 (kaikista 51 %) ja 36 prosenttia vuonna 1968 (kaikista 49 %).³⁹⁸ Irma Kalajan mukaan naisopiskelijoiden määrä kasvoi vuosina 1961–1965 Turun ja Oulun tiedekunnissa, mutta ei Helsingissä.³⁹⁹ Päivi Elovainion vuoden 1961 tutkimukseen vastanneet jakautuivat seuraavasti: Helsingissä medisiinarinaisia oli 36,5 prosenttia, Turussa 41 prosenttia ja Oulussa 38 prosenttia.⁴⁰⁰ Helsingin tiedekunnassa naisten suhteellinen osuus jopa laski: naisia oli 37 prosenttia läsnä olevista medisiinareista syksyllä 1959 ja 32 prosenttia syksyllä 1969.⁴⁰¹

Helsingin lääketieteellisessä tiedekunnassa oli yhä käytänteitä, joiden voi katsoa suosineen miehiä. Yksi niistä oli asevelvollisuudesta tiedekuntaan haettaessa annettut lisäpisteet, joiden määrää nostettiin kahdesta neljään vuonna 1963.⁴⁰² Tämä lieenee keskeinen syy sille, että naisten määrä pysyi Helsingin tiedekunnassa alhaisena. Turun yliopiston rehtori, patologisen anatomian professori Osmo Järvi otti asiaan kantaa puheessaan lukuvuoden avajaisissa syksyllä 1958. Järvi käsitteli naisten opiskelun positiivisia ja negatiivisia puolia ja ilmaisi tukensa naisten tasa-arvoisille opiskelumahdollisuuksille. Järvi totesi Helsingin tiedekunnan asevelvollisuuspisteisiin viitaten: *”Turun yliopistossa tällaiseen itse asiassa miespuolisen sukukromosomin perusteella annettujen lisäpisteiden myöntämiseen ei ole haluttu mennä, koska tämän ei ole katsottu olevan sopusoinnussa jokaisen kansalaisen tasa-arvoisuusperiaatteen kanssa --.*”⁴⁰³ Oulun yliopiston professori Niilo Kärki arvioi vuonna 1966, että Helsingin asevelvollisuuspisteillä pyrittiin estämään opiskelijakunnan muuttuminen naisvaltaiseksi.⁴⁰⁴ Kiinnostavaa on myös, että Päivi Elovainion tutkimuksessa opiskelijoiden sosiaalisesta taustasta vuodelta 1961 tuli esille, että Helsingin naismedisiinareista jopa lähes 48 prosenttia tuli ylempien toimihenkilöiden perheistä, kun miesten osalta luku oli 39.⁴⁰⁵ Syynä saattaa olla se, että kun tiedekuntaan pääseminen oli erityisen vaikeaa naisille, kodin varallisuudella sekä sosiaalisella ja kulttuurisella pääomalla oli heille vieläkin suurempi merkitys. Historioitsija Carol Dyhouse on todennut, että brittiläisissä lääkärikouluissa oli 1950- ja 1960-luvuilla

398 Nevala 1999, taulukko s. 112. Varsinainen hyppäys naismedisiinarien määrässä tapahtui vuosina 1968–1975, jolloin se nousi 36 prosentista 56 prosenttiin. Tähän on vaikuttanut uusien tiedekuntien perustaminen.

399 Kalaja 1967, liitetaulukko 211.3 s. 155–156. Tutkimuksen vastausprosentti oli 95,5.

400 Elovainio 1961, taulukko 7 s. 14–15. Tutkimuksen vastausprosentti oli 95.

401 Liite 1 Helsingin yliopiston lääketieteellisen tiedekunnan läsnä olevat opiskelijat 1931–1969.

402 Ks. luku IV.2 (Kandidaatit...).

403 Järvi 1967, 105–106.

404 Kärjen alustus opiskelijavalinnoista liitteenä TY lääket. tdk ptk 15.3.1966 (10\$), TYKA.

405 Elovainio 1964, taulukot 37–40 s. 49–52.

suoria ja epäsuoria syrjiviä käytäntöjä, kuten kiintiöitä, joiden vuoksi naisten määrä pysyi alhaisena.⁴⁰⁶

Sekä Turun että Helsingin tiedekunnissa asevelvollisuuden suorittaminen huomioitiin kladijärjestyksessä, joka määritteli pääsyjärjestyksen klinikoille ja ammuksensuureihin. Järjestys muodostettiin kandidaatiksi tulon ajankohdan ja arvosanojen perusteella kuitenkin siten, että asevelvollisuuden suorittaneet nousivat kladin kärkeen ennen muita samaan aikaan kandidaatiksi valmistuneita. Tavoitteena oli kannustaa asevelvollisuuden suorittamiseen ennen klinisiä opintoja. Kysymys kladijärjestyksen muodostamisen periaatteista hiersi aika ajoin nais- ja miesopiskelijoiden välisiä suhteita. Monet pitivät sitä naisten kannalta epätasa-arvoisena. Järjestelmää kuitenkin puolustettiin, koska miesten nähtiin menettävän asepalveluksessa aikaa. Toisaalta käydyssä keskustelussa huomautettiin, että naiset saattoivat menettää aikaa raskauden, synnytyksen ja lastenhoidon vuoksi.⁴⁰⁷ Kuitenkaan lähdemateriaaleista ei nouse esille mitään suurta naisten vastarintaa järjestelmää kohtaan.

1960-luvun medisiinariyhdistykset olivat pääsääntöisesti miesten johtamia, ja naisten rooli oli lähinnä tukea toimintaa perinteisten sukupuoliroolien mukaisissa tehtävissä. LKS:n johdossa ei ollut naisia ennen 1970-luvun puoliväliä, mutta seuran johtokunta saattoi sääntöjen mukaan alusta asti valita emännän – sellaista ei tosin alkuaikoina ollut.⁴⁰⁸ Kursseilla oli yleensä sekä isäntä että emäntä.⁴⁰⁹ Thoraxin hallituksessa oli vuosina 1944, 1954 ja 1960 yksi nainen – vuodesta 1961 seuran hallitukseen kuului säännöllisesti ainakin yksi nainen, emäntä. Lisäksi vuonna 1965 Thoraxin varapuheenjohtajana toimi med. kand. Ann-Lis Söderholm.⁴¹⁰ TLKS:n johdossa ei ollut yhtään naista ennen 1970-lukua, mutta seurassa oli emännän virka vuodesta 1956.⁴¹¹ Sen sijaan Oulun lääketieteellisen killan ensimmäiseksi sihteeriksi tuli vuonna 1960 Rauni-Leena Valve (myöh. Luukanen-Kilde), josta tuli alkuvaiheen toiminnan keskeinen organisaattori. Ensimmäinen naispuheenjohtaja, Raija Kangasniemi, valittiin killalle vuonna 1968.⁴¹² LKS:ssä todettiin vuonna 1962, että naisopiskelijoiden aktiivisuus oli vähäistä.⁴¹³ Seuraan syntyi kuitenkin naisten kerho, joka järjesti aluksi yleishyödyllistä toimintaa kerhohuoneiston hyväksi ja myöhemmin ”isosiskotoimintaa” eli uusien naisopiskelijoiden ohjausta. Kerhon nimi

406 Dyhouse 2006, 85–86, 94–96. Myös Britanniassa uusien yliopistojen perustaminen merkitsi naisopiskelijoiden määrän kasvua, mts. 100–102.

407 Cladiator: Saapasjalkakladi – Karsinogeenikladi. Medisiinari 4/1956, 26–28; Turku: Mielipidekirjoitus: Kladi ja sotaväki. Medisiinari 7/1957, 52–53; Tervo Tapio: Opettaja ja opiskelija yhteisten ongelmien parissa. Kollega 2/1963, 44–46; Kladijärjestyksen periaatteita muutettiin vuonna 1957, mutta asevelvollisuuden suorittaneiden asema suhteessa naisopiskelijoihin säilyi. Ks. Mäkimattila 1958, 57.

408 Heikkinen 2008, liitteet s. 231–232; Lääketieteenkandidaattiseuran säännöt. Medisiinari 1/1938, 5–6 ja 3/1945, 23–24.

409 Wallgren Georg: The present situation among the medical students in Finland. Medisiinari 2/1948, 5–8.

410 Medicinarklubben Thorax 2011, liitteet s. 105–129.

411 TLKS 2006, liitteet s. 207–208.

412 Oulun lääketieteellinen kiltä 1970.

413 Sihteeri. Medisiinari 2/1962, 34–35.

oli aluksi Tyttöjen kerho, vuodesta 1967 Medam.⁴¹⁴ Naisten aktiivisuutta tarkasteltaessa on hyvä muistaa, että suurin osa opiskelijoista keskittyi ensisijaisesti opintoihin, ei medisiinaritoimintaan. Opiskelijajärjestöissä oli vielä 1960-luvulla tyypillistä, että naiset toimivat tietyissä, heille varatuissa tehtävissä ja toimikunnissa, eivätkä niinkään yhdistysten johdossa.⁴¹⁵

Lääkäri- ja medisiinarikunnan miesenemmistö vaikutti ammattikunnan kulttuuriin. Eettisten ja kollegiaalisten ohjeistojen luominen teki kuitenkin kaikille lääkäreille näkyväksi toimintatapoja ja edisti tasavertaisuutta ja avoimuutta – säännöt olivat kaikille samat. Medisiinarikulttuurin hiljaisessa tiedossa oli kuitenkin miehiä elementtejä. Tämä tulee esille kaskujen ja tarinoiden maailmassa, jotka kertoivat miesprofessoreista ja heidän piirteistään ja jotka oli selvästi tarkoitettu miehille. Kaskujen oli tarkoitus tietysti olla hauskoja, jolloin niissä korostuivat tietyt stereotyyptit. Jos tarkastelee kaskujen naisia, esille nousee usein viittauksia seksuaalisuuteen. Esimerkiksi professori Väinö Grönholmin kerrotaan sanoneen kandidaatti Saima Tawast-Ranckenille tämän tiedustellessa naisten pukeutumisesta silmätautiopin tentissä, että ”riittää kun panette puhtaat alusvaatteet”.⁴¹⁶ Tämä on tosin tapahtunut 1920–1930-lukujen vaihteessa. Kaskujen perusteella on luonnollisesti mahdotonta rekonstruoida alkuperäistä, todellista tilannetta. Oleellista ei kuitenkaan ole kaskun totuudenmukaisuus vaan kuva, jota se ja muut vastaavat medisiinarien hiljaisessa tiedossa välittivät. Vanhimmat kaskut ovat oikeastaan muodostuneet legendoiksi, joita on toistettu monissa eri teksteissä. 1960-lukua koskevat kaskut ovat enemmänkin tarinoita. Niistä tulee esille lääkärikulttuurin miehisuus: esimerkiksi ”ykkösklinikalla” eli sisätautien I klinikalla kokoontui aktiivisesti oma saunaseura – vastaavia piirejä lienee ollut myös muilla klinikoilla. Kaskut elivät edelleen 1960-luvulla, niitä julkaistiin *Medisiinari*-lehdessä ja kerrottiin erilaisissa tilanteissa. Kaskujen ja vitsien asemaa kuvaa, että jotkut professorit kertoivat niitä suullisissa tenteissä.⁴¹⁷ Tämä tenttimuoto oli tosin jo käynyt harvinaiseksi.

Vain harvat naismedisiinarit osallistuivat ajankohtaiseen keskusteluun opiskelijalehdissä, vaikka niissä käsiteltiinkin myös sukupuolirooleja ja naisen asemaa. Vuosina 1964–1965 *Medisiinarin* toimitussihteerinä toimi Vappu Puustinen (myöh. Taipale), joka oli aktiivisesti mukana tekemässä muun muassa kevään 1965 seksuaalisuusnumeroa. Vuonna 1965 *Medisiinarin* toimittajana oli myös lääket. kand. Kaisu Larkio.⁴¹⁸ Yhteiskunnallisista teemoista lehteen kirjoitti lisäksi valtiot. maist., lääket. yo. Liisa Elovainio. Vuonna 1965 Elovainio otti kantaa sukupuolikäsityksiin *Medisiinari*-lehden mielipidepalstalla kommentoidessaan erään lääkärin julkisuudessa esittämiä väitteitä, joiden mukaan normaali nainen saattoi hankkia lapsia

414 Näin toimittiin 1961. *Medisiinari* 3/1962, 30–44; Vuosi 1962. *Medisiinari* 3/1963, 43–54; Lääketieteentandidaattiseuran toimintakertomus 1963. *Medisiinari* 3/1964, 21–34; Heikkinen 2008, 73.

415 Kolbe 1996, 213–216.

416 Toivonen 1987, 43, 50. Ks. myös esim. mts. 61, 64.

417 Ellonen Aarre: Microsporon Minutissimum: Loppujuttuja varhaisilta vuosilta. *Medisiinari* 8/1957, 32–37; Karumo Jaakko: Patologian laitos muuttaa-uu. *Medisiinari* 6/1966, 33–35; *Medisiinari*-lehdessä ei tosin 1960-luvun radikaalien toimituskuntaisten vaikutuksesta julkaistu vitsejä säännöllisesti.

418 Larkio Kaisu: Liha. *Medisiinari* 1/1965, 34; *Medisiinarin* toimituskunnan kokoonpano mainittu lehdissä.

vain avioliitossa. Elovainio katsoi, että tällaisten mielipiteiden esittäminen totuutena oli lääkäriltä vahingollista, sillä lääkärit toimivat asemansa puolesta usein mielipiteenmuokkaajina.⁴¹⁹ Myös sukupuolirooleja muuttamaan pyrkinyt feministinen Ryhmä 9 (myöh. Yhdistys 9) toi esille, että lääkärien kirjoituksista heijastui *”vanhojen normien ja jyrkän sukupuolijaon suosiminen”*.⁴²⁰ Yhdistys 9:ssä olivat mukana medisiinareista ainakin vasemmistolaiset Kimmo Leppo ja Ilkka Taipale.⁴²¹

Naismedisiinarien roolina vaikuttaa olleen opintoihin keskittyminen ja pyrkimys osoittaa kykynsä toimia lääkärin ammatissa. Yksi avainkysymys tältä osin oli jo 1950-luvulla ollut se, miten yhdistää opinnot tai työ ja perhe. 1960-luvulla Helsingin tiedekunnassa opiskellut Pirkko Turpeinen-Saari (aik. Idänpää-Heikkilä) sai ensimmäisen lapsensa naistenklinikan kurssin aikana. Kun äitiyslomaa ei ollut, vauva kulki Turpeisen mukana. Kurssin päivystäessä Fornixissa vauva asui Turpeisen kanssa asuntolassa. *”Ja joku aina vahti vauvaa sillä aikaa, kun minä olin hoitamassa synnytystä. Ja aina joskus kunmenin sitten imettämään -- , niin joku oli sitten kaljapullo kädessä vaippoja vaihtamassa lapselle.”*, Turpeinen-Saari on muistellut.⁴²² Professorien suhtautuminen naisopiskelijoiden raskauteen ja lasten saantiin vaihteli: toisille opiskelijan äitiys oli positiivista, toiset pitivät sitä opintoja hidastavana tekijänä. 1960–1970-lukujen vaihteessa opiskellut Sinikka Mönkäre ei uskaltanut mennä professori Aimo Pekkarisen farmakologian tenttiin raskaana, koska oli kuullut Pekkarisen aiemmin kommentoivan toiselle opiskelijalle, ettei tenttiin voi tulla raskaana.⁴²³ Esimerkit tuovat esille, että naismedisiinareilla oli myös omaa opintoihin ja naisopiskelijana olemiseen liittyvää hiljaista tietoa. Lisäksi medisiinarien yhteinen hiljainen tieto tavoitti naiset siinä missä miehetkin. Auli Toivanen on kuvannut Turun A-sairaalan kandihuonetta 1950- ja 1960-luvun vaihteessa: *”Luentotaukojen aikana siellä kaikki tapasivat kaikkia ja sensitivity training oli tosi tehokasta. Juorut ja jutut, tieto ja perinne varttuneilta opiskelijoilta nuoremmille kulkevat, tutustuttiin toisiinsa niin hyvässä kuin pahassa, ja kollegiaalisuuskasvatus oli merkittävää.”*⁴²⁴

Naisten osuus oli siis lääkärikunnassa pieni, ja naislääkäreitä kohtaan oli edelleen ennakkoluuloja kollegojen keskuudessa. Kuten *Medisiinari*-lehden haastattelumat naislääkärit totesivat vuonna 1966: *”Päästäkseen samaan virka-asemaan kuin mieslääkäri, saadakseen arvostusta tieteellisille suorituksilleen hän joutuu tekemään enemmän työtä, näyttämään pätevyytensä useammilla suorituksilla tai paremmilla tuloksilla.”* Ennakkoluulojen katsottiin johtuvan vanhanaikaisten sukupuoliroolien mukaisesta ajattelutavasta. Naislääkäreiden työskentelyn ja uran kannalta keskeinen kysymys oli, miten järjestää perhe-elämä etenkin lasten ollessa pieniä. Ongelmallisia kysymyksiä olivat päivystykset, ansioitumisen mahdollisuudet sekä täydennyskoulutukseen osallistuminen. Kysymys erikoisalan ja työpaikan valinnasta

419 Areena-mielipidepalsta. *Medisiinari* 2/1965, 81.

420 Vanhat roolit muuttuvassa yhteiskunnassa. *Medisiinari* 1/1966, 29–31.

421 Mickwitz 2008, 39, 51, myös mts. 274, liite 3.

422 Haastattelu Pirkko Turpeinen-Saari 7.9.2009.

423 TLKS 2006, 28.

424 TLKS 1996, 49.

olikin keskeinen.⁴²⁵ Vielä 1950-luvulla oli esiintynyt epäilyksiä naisten kyvyistä ja voimista toimia kunnanlääkäreinä, joista olikin naisia tuolloin vain 5,7 prosenttia. Toisaalta 1960-luvulla *Medisiinari*-lehden haastattelemat naislääkärit katsoivat, että perhe-elämän pystyi hyvin yhdistämään kunnanlääkärin työhön.⁴²⁶

* * * * *

Lääkärikasvatuksen ihanteiksi tuli 1960-luvulla ammatillisen asiantuntijuuden ja yhteiskunnallisuuden rinnalle inhimillisyys. Taustalla oli yhteiskunnan lävistänyt tasavertaisuuden eetos ja hierarkkisuuden vähentäminen, mikä merkitsi potilaiden oikeuksien korostumista ja muutoksia potilas-lääkärisuhteessa. Medisiinarikunnassa käytiin eettistä ja yhteiskunnallista uudelleenarviointia, joka muunsi hiljaista tietoa näkyväksi. Potilassuhteen parantamiseksi ja lääketieteen yhteiskunnallisten ulottuvuuksien tunnistamiseksi alettiin vaatia humanistis-yhteiskuntatieteellisiä oppiaineita lisättäväksi opinto-ohjelmiin. Yhteiskunnallisen valvutuneisuuden vaatimuksia esittivät etenkin radikaalit, puoluepoliittiseen vasemmistoon sitoutuneet kandidaatit, jotka saivat tukea nuorta sukupolvea yhdistäneestä yleisliberaalista suhtautumisesta. Vaikka radikaalien määrä oli vähäinen, heidän tapansa ravistella yhteiskunnan ja lääkärikunnan asenteita oli provosoiva. Kandidaattiseuroissa heidän ajatuksiinsa suhtauduttiin suopeasti, ja tämä tradition ja radikalismiin sopuisa rinnakkaiselo jatkui vuoden 1967 tienoille asti. Sosiaaliselta taustaltaan medisiinarit olivat edelleen yläluokkaisia, ja lääkärin korkea status suuntasi koko ammatti-identiteettiä. Kandidaattiseurojen toiminnassa korostui perinteinen ammattikuntaan sosiaalistaminen ja akateemiseen yläluokkaan kasvattaminen. Medisiinarikulttuuria voi pitää edelleen varsin miehisenä ja toisin kuin muilla aloilla naisten määrä ei opiskelijoiden joukossa juurikaan kasvanut 1960-luvulla.

425 Keskinen Arja: Naislääkärin vaikeuksista. *Medisiinari* 4/1966, 14–15; Samat asiat olivat esillä Ruotsissa, ks. Ruotsin Lääkäriliiton hallituksen jäsen Gunilla Landergrenin haastattelu, Kosonen Tapani: Nainen, lääkärinammatti ja järjestötoiminta. *SLL* 9/1969, 784–788; Ks. myös Lääkärien täydennyskoulutus ja lastenhoitopalvelut. *SLL* 31/1974, 2547.

426 Kuukauden kasvot. *Medisiinari* 7/1953, 16–18; Keskinen Arja: Naislääkärin vaikeuksista. *Medisiinari* 4/1966, 14–15.

4. Hiljainen tieto ja avoimuuden vaatimus – traditionvälitys murtuu?

Sukupolviasetelma kärjistyy – puoluepolitiikka vai ammattikunnan kollegiaalisuus

Joulukuun 6. päivänä vuonna 1967 vietettiin Suomen itsenäisyyden 50-vuotisjuhlaa. Uudella ylioppilastalolla, Eteläsuomalaisen osakunnan tiloissa järjestettiin tavanomaisesta poikkeava juhlapäivän vastaanotto. Uusi kansalaisjärjestö, Marraskuun liike, oli yhdessä vasemmistolaisen kulttuuriyhdistys Kiilan kanssa kutsunut paikalle yhteiskunnan vähäosaisia, asunnottomia alkoholisteja. Yleisradio koosti tilaisuudesta pikaisesti dokumentin, joka näytettiin televisiossa samana iltana. Näin asunnottomien oluenjuonti, kokemukset ja mielipiteet tulivat suomalaisten koteihin. Tilaisuudessa esiintyi monia kulttuuriradikaaleja, ja järjestäjien puolesta puhui muun muassa nuori lääkäri Ilkka Taipale, joka suomi kovin sanoin Helsingin kaupungin toimia asunnottomuuden hoidossa.⁴²⁷ Marraskuun liike -yhdistys oli perustettu kuukautta ennen juhlaa, ja se ajoi ”järkiperaistä ja inhimillistä kontrollipolitiikkaa”, mikä merkitsi huomion kiinnittämistä ”poikkeaviin yksilöihin” kohdistettuihin pakko-toimenpiteisiin, valvontaan ja vapaudenriistoon. Marraskuun liike asettui ajamaan muun muassa vankien, alkoholistien, asunnottomien ja mielisairaiden asiaa. Yhdistyksen toiminnan pääpaino oli selvitystyössä ja poliittisessa vaikuttamisessa, mutta itsenäisyyspäivän juhla osoittaa, että myöskään provokatorisia ja julkisuushakuisia keinoja ei kartettu.⁴²⁸ Taipaleen lisäksi Marraskuun liikkeen lääkäriaktiiveihin kuului vasemmistolainen Claes Andersson. Taipale ja Andersson olivat molemmat työskennelleet Hesperian sairaalassa ja kohdanneet siellä asunnottomien ja alkoholistien ongelmat.⁴²⁹

Julkisuus räjäytti paineet lääkärikunnan sisällä. Lääkäriliiton puheenjohtaja, dosentti H. R. Nevanlinna arvioi tempausta *Helsingin Sanomissa*: ”Täyttä ymmärrystä vailla jopa suorastaan eläimellisessä tilassa olevan joukon houkuttelevainen olutpullon ja makkaran voimalla julkisen naurun ja säälin alaiseksi panee epäilemään järjestäjien ja julkistajien arvostelukykyä ja osoittaa joka tapauksessa huonoa makua.” Nevanlinna arveli, että tarkoituksena oli tuoda esille tilaisuuden järjestäjien oma vastalause yhteiskuntaa kohtaan käyttäen hyväksi ”yhteiskunnan pohjasakkaa”. Nevanlinna hyökkäsi erityisesti Taipaletta vastaan ja katsoi, että Taipaleen toiminta tilaisuuden aloitteentekijänä ja ”sopimaton esiintyminen” asetti kyseenalaiseksi hänen uravalintansa ja toimintansa lääkärinä.⁴³⁰ Nevanlinna ei ollut ainoa lääkäri, joka loukkaantui itsenäisyyspäivän juhlan televisioinnista.⁴³¹ Negatiivinen katsojapalau-

⁴²⁷ Ajankuva 1967; Myös Kolbe 1996, 282; Taipale 2009, 18–19.

⁴²⁸ Marraskuun liike per. 7.11.1967. Ylioppilaslehti 27/1967, 1; Tuominen 1991, 229–233; Aalto 2007, 76.

⁴²⁹ Haastattelu Ilkka Taipale 6.8.2008; Mielipidekirjoitus: Marraskuun liike. Ylioppilaslehti 26/1967, 13; Mukana liikkeessä olivat myös sosiologit Risto Jaakkola ja Heikki Hirvensalo, jotka olivat tutkineet ja kirjoittaneet medisiinareista.

⁴³⁰ Nevanlinna Harri, mielipidekirjoitus: Puliukkojuhla ja lääkäri. Helsingin Sanomat 12.12.1967, 6.

⁴³¹ Lääkäriliiton valtuuskunnan ptk 16.12.1967 (6\$), SLA.

te Yleisradiolle oli muutenkin laajaa, ja erään tutkimuksen mukaan erityisesti koomuksen kannattajat olivat loukkaantuneet ”puliukko-ohjelmasta”. Jälkipyykkiä käytiin Yleisradion ohjelmaneuvostossa.⁴³² Toisaalta myöskään Nevanlinnan poikkeuksellisen kova purkaus ei jäänyt huomaamatta lääkärikunnassa. *Lääkärilehdessä* professori V. E. Olavi Mäkelä dosentti Lauri Laitinen asettuivat puolustamaan Taipalettä. Mäkelä katsoi, että toisen lääkärin toiminnan kyseenalaistaminen oli Lääkäriliiton puheenjohtajalta varsin ankara kurinpitotoimenpide. Laitinen piti Nevanlinnan mielipidekirjoitusta järkyttävänä, kollegiaalisuutta loukkaavana hyökkäyksenä. Hän arvioi, että purkaukseen oli vaikuttanut Taipaleen muu julkisen esiintyminen.⁴³³

Minna Harjula on liittänyt Marraskuun liikkeen sanoman toisen maailmansodan jälkeiseen ihmisoikeuksien korostamiseen, jonka myötä ”arvottomuuden” käsite alkoi menettää merkitystään sosiaalipoliittisten etujen rajoittajana. Tämä ilmeni muutoksina sosiaaliturva-ajattelussa: aiemmin oli korostettu sosiaalisten etuuk-sien luonnetta vastikkeina työstä kansantalouden eteen. Nyt yksilön omavastuu alkoi kaventua ja sosiaaliturva alettiin nähdä kansalaisoikeutena.⁴³⁴ Tämä selittää lääkärikunnan asenteita. Nevanlinnan voi katsoa edustaneen yksilön vastuuta painottanutta linjaa. Samoin teki lääket. lis. Juhani Kirpilä, joka otti kantaa ”puliukkokokysymykseen” ja arvosteli Marraskuun liikkeen toimintaa pakinassaan *Kauneus ja terveys* -lehdessä. Kirpilä kirjoitti, että paras palvelus, jonka ”rappioalkoholistit” voisivat yhteiskunnalle tehdä, olisi se, että he joisivat itsensä hengiltä – tämä näkemys tuli esille myös muualla julkisessa keskustelussa.⁴³⁵

Lääkärikunta oli muutenkin vuonna 1967 joutunut kohtaamaan uudenlaista, hyökkäävää julkisuutta. Nevanlinnan kirjoitukseen olivatkin todennäköisesti vaikuttaneet Taipaleen lehtikirjoitukset. Taipale oli ryhtynyt tuulettamaan ammatikunnan kulttuuria ja arvomaailmaa hätkähdyttävillä tavoilla. Lääkärikunnalle oli uutta Taipaleen avoin vasemmistolaisuus ja tapa hoitaa asioita julkisuudessa. Taipale sai mielipiteilleen laajaa näkyvyyttä aktiivisena kirjoittajana. Poliittisuus ja julkisuus jakoivat lääkärikuntaa.⁴³⁶ *Medisiinari*-lehdessä huomiota herättivät Taipaleen kirjoitukset apteekkien ja lääketehtaiden asemasta. Monet näkivät hänen ehdotuksissaan näiden alojen valtiollistamisesta sosialisoinnin punaisen vaatteen.⁴³⁷ Samalla Taipale koetteli rajoja, joiden puitteissa lääkärin oli ajateltu olevan sopivaa esiintyä julkisuudessa. Ammattikunnan kulttuurin ja lääkärin työn epäkohtien julkisen käsittelyn pelättiin vahingoittavan lääkärin arvostusta ja potilassuhdetta.

432 Tuominen 1991, 233.

433 Laitinen Lauri, mielipidekirjoitus: Puliukkojuhla ja lääkäri. SLL 1/1968, 44–47; Mäkelä V. E. O., mielipidekirjoitus: Kollegiaalinen kurinpito. SLL 1/1968, 44–47.

434 Harjula 2015, 240–241.

435 Ohi menen. *Kauneus ja Terveys* 5/1968, 5, 96; Pelkonen Ritva: Marraskuun liikettä tarvitaan. *Medisiinari* 4/1968, 77–78.

436 Esim. Aaltonen Liisa: Tutkimukset tehtiin tarkat – Kollegan lukijatutkimuksen tuloksia. *Kollega* 6/1967, 10–14.

437 Taipale Ilkka: Mitä tekisimme apteekkeille ja lääketehtaille? *Medisiinari* 7/1967, 75–82; Lehtinen Lauri, mielipidekirjoitus: Lääkkeet ja lääkärit. *Medisiinari* 8/1967, 84; Kärhä Esko ja Taipale Ilkka: Lääketeollisuuden ja -kaupan omistuksesta. *Medisiinari* 6/1968, 65–69; Vastineita Kärhän ja Taipaleen kirjoituksien, ks. *Medisiinari* 8/1968, 72–74.

Lääkäriliiton valtuuskunnan vuoden 1967 vaalikamppailun yhteydessä tuli esille, että osa kollegoista piti Taipaleen lehtikirjoittelua kritiikin varjolla tehtynä lääkärikunnan vahingoittamis- ja hajottamistyönä, jossa tehtiin eduista etuoikeuksia, harvinaisista poikkeuksista sääntö ja käytettiin hyväksi suuren yleisön luuloja lääkärintyöstä. Psykiatrien keskuudessa herätti närkästystä Marraskuun liikkeen esille nostama psyykkisesti sairaiden ”vapaudenriiston” tematiikka, kuten Taipaleen *Ilta-Sanomille* antama lausunto, jonka mukaan ”kolmasosa mielisairaista on suljettu väärin perustein, vastoin tahtoaan mielisairaalaan”.⁴³⁸

Lääkärikunnan enemmistö katsoi, että perinteen mukaisesti eriävät mielipiteet oli tuotava esille ensisijaisesti omassa piirissä, kun taas vasemmistolaiset lääkärit veivät asiat suoraan julkisuuteen. Erityistä huomiota herätti Taipaleen kirjoitus *Suomen Sosialidemokraatissa* syksyllä 1967 ”Yksityispaikat sairaaloissa – feodalioikeus”, jota *Lääkärilehti* ei ollut julkaissut. Tekstissä kritisoitiin sairaalalisää ja yksityispaikkoja menneisyydestä peräisin olevina etuoikeuksina ja tuotiin esille niistä yhteiskunnalle aiheutuvia kuluja. Toiset lääkärit myönsivät, että järjestelmään sisältyi epäkohtia, mutta toiset hermostuivat Taipaleen tavasta käsitellä asiaa.⁴³⁹ Joulukuussa 1967 Lääkäriliiton valtuuskunta käsitteli Taipaleen kirjoittelua. Teräväsanainen valtuuskunnan puheenjohtaja Matti Sulamaa tiivistä vanhemman polven kokemuksen: lääkärit olivat menettämässä ammatillisen vapautensa tiedotusvälineiden harjoittaman ”lääkärivihamielisen aivopesun” vuoksi, jossa lääkäreitä syytettiin milloin koulutuksen jarruttamisesta, järjestödiktatuurista ja ”*jopa sairaala-feodalismista omien jäsentemme suulla*”. Sulamaa paheksui lääkärien ja lääkintälaitoksen ”likapyykin” levittämistä päivälehdissä. Lääkäriliiton valtuuskunta antoi hallitukselle tehtäväksi ”*tarkasti valvoa kollegiaalisuudesta annettujen ohjeiden noudattamista*” ja ryhtyä tarvittaessa toimenpiteisiin.⁴⁴⁰ Vaikka valtaosa lääkärikunnasta lähinnä hermostui Taipaleen tyylistä, hän sai myös puolustajia.⁴⁴¹

1960-luvun radikalismille oli tyypillistä, että se kasvoi traditionaalisissa organisaatioissa, ja kun traditio oli sisäistetty, sitä voitiin ryhtyä kritisoimaan.⁴⁴² Tämä koskee myös medisiinareita: vasemmistoradikaalit olivat kandidaattiseuroissa ja opintojen aikana saaneet käsityksen ammattikunnan kulttuurista. Filosofi Bertil Rolf on tuonut esiin, että hiljainen tieto traditiosta siirtyy yleensä sukupolvien välillä opettaja-oppilassuhteessa, eikä sitä voi kunnolla kyseenalaistaa ulkopuolelta.⁴⁴³ Tästä oli kyse lääkärikunnan sisäisessä keskustelussa. Medisiinarien keskuudessa

438 Taipale Ilkka, mielipidekirjoitus: Troijan puuhevonenko psykiatrien joukossa? SLL 33/1967, 2539–2540; Lehtinen L. ja Pyykkönen L. A., mielipidekirjoitus: Vastinetta kollega Taipaleelle. SLL 33/1967, 2539–2540 ja Kritiikki ja ”kritiikki”. SLL 36/1967, 2789–2790; Lääkäriliiton valtuuskunnan ptk 16.12.1967 (18\$). SLA.

439 Suomen Sosialidemokraatti 24.9.1967: Yksityispaikat sairaaloissa – feodalioikeus. Julkaistu SLL 29/1967, 2167–2168; Taipale Ilkka, mielipidekirjoitus: Troijan puuhevonenko psykiatrien joukossa? SLL 33/1967, 2539–2540; Lehtinen L. ja Pyykkönen L. A., mielipidekirjoitus: Vastinetta kollega Taipaleelle. SLL 33/1967, 2539–2540; Paloheimo Martti, mielipidekirjoitus: Psykiatrit ja Ilkka Taipale. SLL 35/1967, 2703; Troup Henry, mielipidekirjoitus: Lääkärifeodalismia. SLL 1/1968, 44–47.

440 Lääkäriliiton valtuuskunnan ptk 16.12.1967 (1\$, 18\$). SLA.

441 Paloheimo Martti, mielipidekirjoitus: Psykiatrit ja Ilkka Taipale. SLL 35/1967, 2703.

442 Kolbe 1996, 283.

443 Rolf 1995, 130–131.

toimi pieni mutta aktiivinen vasemmistolainen ryhmä, joka näki ammattikunnan kulttuurin perinteisestä poikkeavasta näkökulmasta. Vuoden 1968 *Medisiinari*-lehden ensimmäisen numeron pääkirjoituksessa huomautettiin, ettei lääkärinkunta saanut piiloutua kollegiaalisuuden ja lääkäri-potilassuhteen taakse välttelemään avointa keskustelua. Pääkirjoituksessa kysyttiin, miten voitiin vaatia, että monista epäkohdista olisi ensin keskusteltava omassa piirissä, kun yleensä näistä kysymyksistä oli vaiettu.⁴⁴⁴ Teemaan otti kantaa Lääkäriliiton uusi toiminnanjohtaja Tapani Kosonen, joka korosti, ettei julkisuutta tullut käyttää ”kanteluareenana”.⁴⁴⁵

Vuosi 1967 oli murrosvuosi, jolloin lääkärinkunnan vasemmisto astui julkisuuteen tavalla, jonka myötä eri ryhmien asenteet jyrkentyivät. Lääkärinkunnan vaikiintunutta kollegiaalisuusmääritelmää, epäpoliittisen asiantuntijuuden ihannetta ja pätevyyskäsityksiä koetteli muiden tapausten ohella puoluepoliittiseksi tulkittu virkanimitys Tampereen Hatanpään sairaalassa. Tapaus herätti runsaasti huomiota lehdistössä. Kirurgian osaston ylilääkärin virkaan oli nimitetty vastoin asiantuntijalausuntoja ja kaupunginhallituksen esitystä sosialidemokraattiseen puolueeseen liittynyt ja vähiten ansioitunut lääkäri vasemmiston tuella kaupunginvaltuustossa. Valituksi tullut oli kuitenkin aiemmin toimittanut kyseistä virkaa. Siinä vaiheessa kun puoluepolitiikka näytti tulevan mukaan prosessiin, Lääkäriliitto teki aloitteen lausunnon pyytämisestä ulkopuolisilta asiantuntijoilta, mikä ei vaikuttanut lopputulokseen. Lehdistössä käyty kiihkeä debatti asiasta toi esille rintamalinjoja. Porvarillinen puoli korosti asiantuntijalausuntojen ja tieteellisen pätevyyden kunnioittamista. Vasemmisto taas katsoi Lääkäriliiton puuttumisen painostukseksi, joka oli tuonut esille näkemyksen, että vain ammattikunta itse voisi määrittää virkaan vaadittavan pätevyyden.⁴⁴⁶ Hatanpään vaali aiheutti runsaasti kuohuntaa lääkärinkunnassa, ja tapauksella pelättiin olevan suuri merkitys poliittisten lääkärinimitysten tienavaajana.⁴⁴⁷

Lääkäriliiton puheenjohtaja H. R. Nevanlinna analysoi tapauksen pohjalta lääkärinkunnan suhdetta politiikkaan syksyllä 1967. Nevanlinna katsoi, että aktiivinen osallistuminen puoluepolitiikkaan sopi huonosti lääkärille, sillä ammatti oli täysin epäpoliittinen. Lääkärit pyrkivät yleensä nojaamaan asiantuntemukseen ja myös politiikassa mukana olevat ottivat aktiivisesti kantaa mieluiten oman alansa kysymyksiin. Yhteiskunta oli kuitenkin alkanut ”politisoitua”, mistä poliittisten virkanimitysten leviäminen oli yksi esimerkki.⁴⁴⁸ Poliittisia virkanimityksiä oli toki ollut kuntatasolla aiemminkin. Vuoden 1967 tapaus osoitti ennen kaikkea, että lääkärinkunnan enemmistö koki vasemmiston vaikutuksen politiikassa uhaksi. ”Politisoitumisesta” syytettiin nimenomaan vasemmistoa. Laajasti ottaen kyse oli siitä, että

444 Pääkirjoitus. *Medisiinari* 1/1968, 9.

445 Kosonen Tapani, pääkirjoitus: Lääkäri julkisuudessa. SLL 18/1968, 1616.

446 Hatanpään tapauksen uutisointia mm. Aamulehdestä ks. SLL 25/1967, 1825–1830 ja SLL 28/1967, 2072–2077; Myös Saksittua ja saksimatta jätettyä. Kollega 5/1967, 12–21.

447 Lääkäriliiton valtuuskunnan ptk 16.12.1967 (1§, 6§, 17§), 21.12.1968 (15§), SLA; Lääkäriliiton toimintakertomus 1967, SLA; Alho Antti, pääkirjoitus: Väitöskirjalla ylilääkäriksi. SLL 19/1969, 1666–1668; Osmo Järveä haastattelemassa. Lääkäri ja politiikka. Kollega 5/1967, 35–39.

448 Nevanlinna H. R., pääkirjoitus: Lääkärinkunta ja politiikka. SLL 25/1967, 1796–1797; Myös Nevanlinna H. R.: Lääkäri ja politiikka. Kollega 5/1967, 31.

demokratisoituminen oli haastanut entisen, epäpoliittiseksi mielletyn kansallisen yhtenäisyyden ja edun näkökulman. Valtion pyrkimys ohjata kehitystä keskitetyn suunnittelun keinoin ja säätelemällä ryhmien välisiä ristiriitoja oli korostanut puolueiden merkitystä poliittisen toiminnan ja edustuksellisuuden väylinä. Vanhat yhteisöt joutuivat uuteen tilanteeseen.⁴⁴⁹ Vasemmiston nousu vahvisti myös oikeistoa ja aiemmin epäpoliittisiksi itsensä mieltäneet alkoivat selvemmin tunnustaa väriä. Kuitenkin vielä vuonna 1967 lääkärikunnassa nojattiin epäpoliittisuuden ajatukseen, ja ”politisoitumisen” pelättiin hajottavan keskinäisen solidaarisuuden.⁴⁵⁰ Toisaalta professori Martti Turunen totesi vuoden 1967 Lääkäripäivien avaussanoissa, että lääkärien yhteiskunnallinen osallistuminen puolueiden kautta oli tarpeellista. Oleellista oli, ettei eri puoluekirjoille annettu erilaista arvoa eivätkä ne saaneet syrjäyttää ammattitaitoa.⁴⁵¹

Vasemmisto alkoi tuulettaa epäpoliittisen lääkärin ihannetta tai ”myyttiä”: lääkäreitä syytettiin konservatiivisuudesta ja eristäytymisestä omiin piireihin. Turun yliopiston anatomian professori Mikko Niemi (SDP) arvioi *Kollega*-lehdessä vuonna 1967, että moni lääkäri verhosi konservatiivisuutensa epäpoliittisuuden kaapuun. Vasemmiston nousu valtakunnanpolitiikassa oli merkinnyt haastetta ”epäpoliittisuudelle”. Niemi piti lääkärien poliittista osallistumista tärkeänä, sillä heidän asiantuntemustaan tarvittiin hyvinvointiyhteiskunnan kehittämisessä. Lääkärit eivät kuitenkaan voineet osallistua politiikkaan vain lääkäreinä vaan samaan tapaan kuin muutkin: maailmankatsomuksensa pohjalta ja puolueiden kautta.⁴⁵² KELA:n asiantuntijalääkäri Osmo Kaipainen (SDP) oli samoilla linjoilla: lääkärien painostusryhmätoiminta ei ollut riittävää poliittista aktiivisuutta. Lääkärien piti Kaipaisen mielestä näyttää tietä sosiaalisessa ajattelussa, mutta sen sijaan ammattikunta oli luonut julkisuudessa kuvan itsestään ”*omia taloudellisia etuja ajavana ja vallitsevia olosuhteita hyväkseen käyttävänä*” ryhmänä. Tämä heijastui myös lääkärivetoiseen terveyspolitiikkaan. Kaipainen liitti lääkärien konservatiivisuuden heidän taustansa yläluokassa ja opiskeluaikana alkavaan eristäytymiseen.⁴⁵³

Vasemmiston näkemyksen mukaan lääkärikoulutus oli perinteisesti tuottanut konservatiivisia ja oikeistolaisia lääkäreitä. Näin kysymys liittyi kasvatukseen ja hiljaiseen tietoon ammattikunnan kulttuurista ja ”säädynmukaisesta” asennoitumisesta. Yksi radikaalien esittämä ratkaisu oli koulutuksen avartaminen muille aloille, etenkin käyttäytymis- ja yhteiskuntatieteisiin. Esimerkiksi Claes Andersson arvioi kirjoituksessaan *Lääkärilehdessä* loppuvuodesta 1968, että lääkärien voimakas samaistuminen yläluokkaan johtui siitä, ettei tiedekunnassa opetettu yhteiskuntatieteitä. Anderssonin mielestä tästä seurasi, että alempiin sosiaaliryhmiin kuuluvia potilaita syrjittiin ja koulutetut saivat parempaa kohtelua. Andersson syytti lääkäreitä luokkavastakohtaisuuksien syventämisestä ja poliittisesta syrjinnästä ”oi-

449 Kolbe 1996, 41–42.

450 Osmo Järveä haastattelemassa. Lääkäri ja politiikka. *Kollega* 5/1967, 35–39. Samassa artikkelissa Järvi toi esille kannattavansa kokoomusta ja olevansa ehdolla presidenttiehdokas Matti Virkkusen valitsijamiheksi.

451 Turunen Martti: Lääkärin ammattipätevyys. *SLL* 34/1967, 2590–2591.

452 Niemi Mikko: Lääkäri ja politiikka. *Kollega* 6/1967, 52–54.

453 Kaipainen Osmo: Lääkäri ja politiikka. *Kollega* 5/1967, 32–33; Myös Kaipainen 1969, 38, 226–230.

keistosuuntaisen konservatiivisen valtaideologian edustajina”.⁴⁵⁴ Anderssonille vastasi vanhan polven sairaalalääkäri Aarre Järvinen, jonka mielestä väite alempien sosiaaliluokkien syrjinnästä ei pitänyt paikkaansa, mutta sen sijaan Järvinen oli huomannut nuorten kollegojen toisinaan suhtautuvan tympeästi varakkaisiin potilaisiin.⁴⁵⁵ LKS:n entinen aktiivi Juhani Peräsalo huomautti, että lääkärin työhön ei kuulunut politikointi ja potilaiden suosiminen sosiaalisen aseman perusteella.⁴⁵⁶

Yhtenä esimerkkinä koulutuksen tuottamasta oikeistolaisuudesta Andersson käytti lääketieteen opiskelijoiden suhtautumista Vanhan valtaukseseen. Marraskuun lopulla 1968 Helsingin yliopiston radikaalit opiskelijat olivat valloittaneet ylioppilaskunnan omistaman Vanhan ylioppilastalon ja estäneet HYY:n 100-vuotisjuhlan viettämisen talossa. Lääketieteenkandidaattiseuran valtuuskunta oli samana iltana antanut valtauksen tuomitsevan kannanoton.⁴⁵⁷ Andersson katsoi, että kannanotto kertoi medisiinarien konservatiivisuudesta. Lisäksi LKS oli hänen mielestään suuntautunut valtauksen päteemää vastaan, joka oli opintodemokratian lisääminen yliopistolla.⁴⁵⁸ Väitettä oikoi LKS:n varapuheenjohtaja Tapani Hovi: vaikka medisiinarit luultavasti olivat suhteellisen konservatiivisia, kandidaattiseura oli antanut tukensa opintodemokratialle jo ennen valtausta.⁴⁵⁹ Aarre Järvinen taas kiitteli LKS:n kielteistä asennetta ja kirjoitti: *”Rauhallisella ja asiallisella neuvottelulla ja suunnittelulla lääketieteenkandidaatit ovat päässeet pidemmälle opintodemokratiassa kuin minkään muun tiedekunnan opiskelijat.*”⁴⁶⁰ Myös Juhani Peräsalo piti LKS:n kannanottoa ”kauniina solidaarisuuden osoituksena” opettajille, sillä tiedekunnassa opiskelijoiden mielipiteitä oli kuultu jo kauan.⁴⁶¹

Tulkinta siitä, että LKS:n kannanotto oli tuenilmaus tiedekunnan opettajille, pitänee jossain määrin paikkansa. Lisäksi taustalla oli ylioppilaspoliittisia seikkoja. Syksyllä 1967 HYY:n edustajistovaaleissa oli tapahtunut ”tiedekuntavallankumous”, kun tiedekuntajärjestöjen vaalirengas oli saanut enemmistön edustajistoon. Vaalivoitto tuli suurten ja yhtenäisten tiedekuntien johdolla, mikä sai *Ylioppilaslehd*en kirjoittamaan vaalien jälkeen: *”Matemaatikot ja lääkärit hallitsevat ylioppilaskuntaa*”⁴⁶². Vuoden 1968 hallituksen puheenjohtajaksi valittiin lääket. kand. Eljas Tunkelo. Verrattuna edellisen vuoden yleisliberaaliin hallitukseen Tunkelon hallitus oli selvästi konservatiivisempi. Radikaalit joutuivat oppositioon ylioppilaskunnassa.⁴⁶³ Keväällä 1968 kun opiskelijoiden mielenosoitukset levisivät Euroopassa, suomalaisradikaalit alkoivat pohtia ulkoparlamentaarisia painostuskeinoja. Tyytymättömyyden aiheita löydettiin niin yliopiston ”epädemokraattisesta” hallinnosta kuin ylioppilaskunnasta. Radikaalit opiskelijat vasemmistosta, liberaaleista ja keskustas-

454 Andersson Claes: Epäpoliittinen lääkäri. SLL 36/1968, 3148–3150.

455 Järvinen Aarre, mielipidekirjoitus: Vastinetta kollega Claes Anderssonille. SLL 2/1969, 138.

456 Peräsalo Juhani, mielipidekirjoitus: Epäpoliittinen lääkäri. SLL 4/1969, 311.

457 Klinge 1990, 297–301.

458 Andersson Claes: Epäpoliittinen lääkäri. SLL 36/1968, 3148–3150.

459 Hovi Tapani, mielipidekirjoitus: LKS:n konservatiivisuudesta. SLL 2/1969, 138.

460 Järvinen Aarre, mielipidekirjoitus: Vastinetta kollega Claes Anderssonille. SLL 2/1969, 138.

461 Peräsalo Juhani, mielipidekirjoitus: Epäpoliittinen lääkäri. SLL 4/1969, 311.

462 Minister Referens: Vanhan vintiltä. Ylioppilaslehti 29/1967, 8.

463 Kolbe 1996, 307–313.

ta muodostivat löyhän Ylioppilaat – Studenterna -liikkeen, joka hyökkäsi ylioppilaskunnan johtoa vastaan. He kiinnittivät huomionsa HYY:n parlamentarismiin toimivuuteen, taloudellisen varallisuuden hoitoon, laimeaan opintodemokratian edistämiseen ja painostustoimien puuttumiseen. Radikaalien silmätikuksi nousi lähestyvä HYY:n 100-vuotisjuhla sekä sen perinteiset muodot ja muodollisuudet. Vastakkainasettelua luotiin ”elitistisen” johdon ja ylioppilaskunnasta vieraantuneiden ”kadun ylioppilaiden” välille.⁴⁶⁴

Tiedekuntajärjestöjen johtaman, konservatiivisen hallituksen ja oppositioon ajettujen radikaalien väliset ristiriidat kulminoituivat Vanhan valtauksessa. Valtaus muuttui lopulta hyvin vasemmistovetoiseksi, ja sen lopuksi hyväksyttiin useita marxilaissävytteisiä ponsia.⁴⁶⁵ Näin ollen ei ole yllättävää, että LKS tuomitsi valtauksen. Seura oli keskeinen HYY:n hallituksen taustalla vaikuttava järjestö. Myös Thorax ilmoitti vastustavansa periaatteessa valtausta painostustapana ja irtisanoutui valtauksen ponsista. Seura piti kuitenkin positiivisena, että opiskelijoiden kiinnostus opintoasioihin ja opiskelijan asemaan yhteiskunnassa vaikutti lisääntyneen.⁴⁶⁶ Valtauksen jälkipolemiikissa LKS:n aktiivien huhuttiin osallistuneen valtauksen vastaisiin mielenilmaisuihin.⁴⁶⁷ Pääsihteeri Kari Pylkkänen kiisti *Ylioppilaslehdessä*, että valtauksen häiritäjät olisivat olleet medisiinareita. Pylkkänen piti positiivisena valtauksen herättämää keskustelua, mutta toi esille myös, että LKS:n kannanotto ulkoparlamentaarisesta toiminnasta vastaan oli saanut medisiinarien enemmistön tuen. Lisäksi Pylkkänen huomautti LKS:n itse kunnostautuneen tiedekunnan opetuksen kritisoijana ja painotti seuran roolia opintodemokratian kehittämisessä, joka oli pisimmällä juuri lääketieteellisessä tiedekunnassa.⁴⁶⁸

Valtauksen jälkipolemiikki osoitti, että ylioppilasmaailman pluralismi, tradition ja murroksen rauhanomainen rinnakkaiselo päättyi syksyllä 1968.⁴⁶⁹ Polarisoitumisen vauhditti opiskelijoiden puoluepoliittista jakautumista. Tämä näkyi pian myös medisiinarien järjestöissä. LKS:n kielteinen suhtautuminen valtaukseseen tuo esille, että kandidaattien enemmistö alkoi suhtautua radikalismiin aiempaa jyrkemmin. Tämä tuli näkyviin *Medisiinari*-lehden ympärille syntyneestä polemiikista alkuvuodesta 1969. Päätoimittaja Matti Ranki oli luotsannut lehteä vasemmistolaisempaan suuntaan, ja vuoden ensimmäinen numero, ns. ”punainen” *Medisiinari* ei jättänyt kenellekään epäselväksi, että toimitus asettui tukemaan Vanhan valtauksen linjanvetoja. Kansikuvassa julistettiin vallankumousta ja porvarillisen yhteiskunnan kaatamista. Läpi lehden oli sijoitettu laatikoituja sitaatteja Leniniltä, Marxilta ja Engelsiltä. Pääkirjoituksessa pohdittiin tieteen ideologista sidonnaisuutta sekä hyökättiin lääkäreiden epäpoliittista asiantuntijuutta vastaan.⁴⁷⁰

464 Kuusi 1968, 133–137; Kolbe 1996, 345–354.

465 Kolbe 1996, 355–362.

466 Julkilausumia: Thorax. *Ylioppilaslehti* 35/1968, 9.

467 Harjo Maunu ym.: Vanhan ”absurdi vallankumous”. *Ylioppilaslehti* 33/1968, 7–9; Myös Lehmustallio Eero: Poliittisen murroksen ilmentyminen LKS:ssa. *Medisiinari* 3/1973, 23–24.

468 Pylkkänen Kari, mielipidekirjoitus: Vanha, pimeät pommimiehet ja kandiseura. *Ylioppilaslehti* 1/1969, 7.

469 Klinge 1990, 302, 310–311; Kolbe 1996, 377.

470 Pääkirjoitus. *Medisiinari* 1/1969, 11.

Nyt LKS:ssä koettiin, että *Medisiinari*-lehdessä oli menty liian pitkälle. Päätoimittaja Matti Ranki erotettiin. LKS:n valtuuskunta päätti, että jatkossa *Medisiinari* edustaisi seuran kantoja ja lehden linjasta vastaisi hallitus. Vuoden 1969 puheenjohtajan Timo Telarannan mukaan lehti oli muuttunut yksipuoliseksi yhteiskuntakriittiseksi julkaisuksi, jonka linja oli ristiriidassa LKS:n jäsenten enemmistön näkemysten kanssa. LKS tarvitsi terveydenhuolto- ja opintopoliittisia pyrkimyksiään tukevaa lehteä. *Medisiinarin* tuli toimia jäsenistön mielipiteiden foorumina ja tuoda esille tasapuolisesti erilaisia näkemyksiä.⁴⁷¹ Päätoimittajan erottaminen sai Ilkka Taipaleen syyttämään *Suomen Sosialidemokraatissa* LKS:ää puoluepoliittisesta kaappauksesta ja sensuurijärjestelmän luomisesta.⁴⁷² LKS:n johto näki kuitenkin lehden vahingoittavan seuran suhteita vanhempiin lääkäreihin.⁴⁷³ Mahdollisesti juuri palautteiden takia lehden uudistumisesta raportoititiin myös *Lääkärilehdessä*. Samalla valiteltiin sitä, että lehti oli ajautunut liian yksipuoliselle linjalle ja että erityisesti vuoden 1969 ensimmäinen numero oli sekaantunut puoluepolitiikkaan.⁴⁷⁴ Samana vuonna myös Kollegan linjaa tarkistettiin maltillisemmaksi.⁴⁷⁵

Matti Rankin päätoimittama vuoden 1968 *Medisiinari* edustikin radikaalia linjaa, ja lehdessä tuotiin esille vasemmiston sosiaali- ja terveystoliittista ohjelmaa. Radikaalit vaativat ammattikunnan kulttuurin uudistamista ja toivat hiljaista tietoa näkyville. Esimerkiksi lääketeollisuuden suhteissa lääkäreihin ja kandidaatteihin nähtiin vahingollista vaikuttamistyötä.⁴⁷⁶ Syksyllä 1968 lääket. kand. Martti Kuokkanen arvosteli lehdessä professori A. J. Palménin kirjan *Lääkärin etiikka muuttuvassa maailmassa*, joka oli vuonna 1956 ilmestynen kirjan uudistettu painos. Kuokkanen katsoi, että Palménin käsitys etiikasta oli paikoilleen jähmettynyt ja nojasi perinteisiin ja moralisointeihin. Kuokkanen leimasi kirjoittajan ”*konservatiivisuuden ja taantumuksen kannattajaksi*”. Lääkärin etiikkaa oli pystyttävä arvioimaan uudelleen tieteen kehityksen ja yhteiskunnallisten muutosten pohjalta.⁴⁷⁷ Samana vuonna aborttikeskustelu vilkastui komiteamietinnön myötä. Lääkärien kannanotot asiassa noudattelivat pitkälti 1960-luvun puolivälin linjoja. Ilkka Taipale julisti, että vasemmistolaiset lääkärit olivat luopumassa yksilöeettisen auttamisen periaatteesta ja suuntautumassa etiikkaan yhteiskunnallisesti.⁴⁷⁸ Murros alkoi kuitenkin vaikuttaa, mikä ilmeni vuoden 1970 abortti- ja sterilisointilaeista. Abortin mah-

⁴⁷¹ Telaranta Timo: Pääkirjoitus. *Medisiinari* 2/1969, 9; Paloheimo Markku: Pääkirjoitus. *Medisiinari* 3/1969, 9.

⁴⁷² Taipale Ilkka: *Medisiinari* – taas lehtikuolema. *Suomen Sosialidemokraatti* 29.4.1969, 6; Myös vasemmistoradikaali Maunu Harmo syytti LKS:ää Ylioppilaslehdessä fasismista, ks. Harmo Maunu: Vielä lehdistä. *Ylioppilaslehti* 16/1969, 8.

⁴⁷³ Esim. muutama lääkäri kieltäytyi antamasta avustusta Medioma II -asuntolahankkeelle, koska he olivat suivaantuneet *Medisiinarin* linjasta, ks. Poimintoja lääkärikunnan ja lääketieteenkandidaattiseuran suhteista. *Medisiinari* 3/1969, 20–21.

⁴⁷⁴ Keskustelua-palsta: *Medisiinari* uudistuu. SLL 12/1969, 1137; LKS: *Medisiinarin* päätoimittaja vaihtunut. SLL 14/1969, 1315–1316.

⁴⁷⁵ Ketonen 2001, 240.

⁴⁷⁶ Pääkirjoitus. *Medisiinari* 2/1968, 9; Kuokkanen Martti: Pääkirjoitus. *Medisiinari* 3/1968, 9; Pääkirjoitus. *Medisiinari* 4/1968, 9; Myös *Medisiinari* 7/1968 ja 8/1968.

⁴⁷⁷ Kuokkanen Martti, kirja-arvostelu: Lääkärin etiikasta. *Medisiinari* 6/1968, 41–42.

⁴⁷⁸ Lääkärin etiikka moukaroitavana. SLL 36/1968, 3175–3178; Kosonen Tapani, pääkirjoitus: Lääkärin etiikka. SLL 3/1969, 190–191.

dollistavia sosiaalisia syitä lisättiin, ja pakkosterilisoinnin mahdollisuus poistettiin. Myös Lääkäriliitto korosti lausunnossaan, että raskauden keskeyttämisen eettinen arviointi oli naisen oma asia.⁴⁷⁹

Vuosien 1967–1968 kuuhunta koetteli lääkärikunnan perinteistä kollegiaalisuutta, joka oli mielletty aatteellisenä yksituumaisuutena. Kollegiaalisuuskäsitystä horjutti puoluepoliittisten ideologioiden asettaminen ammattikunnan yhtenäisyyden edelle. Puoluepolitiikka koettiin uhkana Lääkäriliiton arvovallalle ja kyvyllä edustaa ammattikuntaa ulospäin. Kun hiljainen tieto ei välittynyt toivotulla tavalla, myös nuorten medisiinarien sosiaalistuminen ammattikunnan kulttuuriin vaikutti olevan uhattuna. Sukupolvien välistä kuilua kuvaa tapa, jolla valmistuneet lääkärit yleensä näkivät poliittiset kannanilmaisut. Esimerkiksi vuonna 1969 Lääkäriliiton valtuuskunnan jäsen Unto Vuopala arvioi *Lääkärilehdessä*, että ammattikunnan sisälle syntyneet ryhmittymät heikensivät yhtenäisyyttä. Yhtenä syynä Vuopala piti tiedekuntien ja opiskelijoiden etäisyyttä käytännön lääkäreistä ja Lääkäriliitosta. Vuopala toivoi, että ennakoluulot eri sukupolvien lääkärien välillä vältettäisiin yhteistyöllä ja käsiteltäisiin sisäisesti.⁴⁸⁰ Vuopalalle vastasi lääket. kand. Tapani Vihma, joka huomautti, ettei erilaisten poliittisten näkemysten julkituominen ilmentänyt ennakoluuloja. Valtaosa lääkäreistä oli yhteiskunnallisesti passiivisia ja asenteiltaan konservatiivisia, kun taas opiskelijoilla oli valmiutta tiedostaa yhteiskunnallisia ongelmia ja ottaa poliittisesti kantaa. Vihman mukaan 10 prosenttia opiskelijoista näki Lääkäriliiton ammattijärjestöpolitiikan olevan ristiriidassa näkemystensä kanssa.⁴⁸¹

Näkemykset lääkärien poliittisesta toiminnasta hajaantuivat, mutta puoluepolitiikkaa alettiin selvästi lähentyä. Positiivisimmin poliittiseen osallistumiseen suhtautuivat medisiinarit, nuoremman polven edustajat ja puolueisiin kuuluneet lääkärit. Heidän näkemyksensä oli, että lääkärien oli osallistuttava puolueiden toimintaan, sillä näin voitaisiin vaikuttaa terveystieteeseen päätöksentekoon. Puolueet kuuntelivat yleensä oman puolueen asiantuntijoita.⁴⁸² Toisaalta myös sellaisia näkemyksiä esitettiin, että puolueeseen kuulumisen kavensi mahdollisuuksia ilmaista itsenäisiä mielipiteitä.⁴⁸³ Vuonna 1969 Turun yliopiston sosiaalilääketieteen vt. apulaisprofessori Hannu Vuori huomautti *Kollega*-lehdessä, että ”oman pesän likaajia” tarvittiin, sillä muuten aloite epäkohtien korjaamiseen lipui ammattikunnan ulkopuolelle.⁴⁸⁴

Vuosikymmenen loppupuolella lääkärikunnasta oli noussut julkisuuteen pieni joukko vasemmistolaisia. Kun *Medisiinari*-lehden ympärille ryhmittyneet edustivat nuorempaa sukupolvea, vanhemman polven joukosta julkisuudessa vasemmistoläläkärinä profiloitui Turun yliopiston anatomian professori Mikko Niemi.

479 Nyström 2010(b), 220–222.

480 Vuopala Unto, pääkirjoitus: Turhia ennakoluuloja. SLL 20/1969, 1726–1728.

481 Vihma Tapani, mielipidekirjoitus: Onko kysymys ennakoluuloista? SLL 22/1969, 1895–1896.

482 Pääkirjoitus. *Kollega* 1/1969, 7; Koskinen Olavi, Näkökulma-palsta: Lääkäri kunnallispolitiikassa. SLL 20/1970, 1841; Myös Vihma Tapani, mielipidekirjoitus: Onko kysymys ennakoluuloista? SLL 22/1969, 1895–1896.

483 Lääkärit ja lääkärikoulutus optimaalisen potilas-läkärisuhteen valossa. *Medisiinari* 4/1970, 21–26.

484 Vuori Hannu: Kestääkö kollegiaalisuus kritiikin? *Kollega* 2/1969, 38–43.

Lääkäripiireissä Niemi erottui voimakkailla mielipiteillään, uudistustarmollaan ja radikaaliudellaan sekä aktiivisuudellaan niin terveys- kuin korkeakoulupolitiikassa. Niemi löysi aatteellisen yhteyden *Medisiinari*-lehden radikaaleihin ja alkoi organisoida lääkärivasemmistoa omaksi ryhmäkseen.⁴⁸⁵ Helsingissä toimi vasemmistolainen opintopiiri, ”Oppari”, joka kokosi yhteen yhteiskunnallisista kysymyksistä ja sosiaalilääketieteestä kiinnostuneita. Opparin taustahahmoja olivat sosiaalidemokraattiset lääkärit, Niemen lisäksi -kansanedustaja Osmo Kaipainen ja Jyväskylän yliopiston liikuntahygienian ja kansanterveyden professori Jeddi Hasan. Vanhan valtauksen jälkimainingeissa perustettiin lääketieteen marxilainen, ”kriittinen työryhmä”, jossa osa opparilaisista oli mukana.⁴⁸⁶

Vuosina 1969–1970 medisiinarijärjestöjen ja Lääkäriliiton sisälle alkoi muodostua puoluepoliittisia ryhmiä siten, että ensin järjestäytyi vasemmisto, sitten muut puolueet. LKS:n valtuuskunnan vaaleissa poliittiset ryhmät olivat ensimmäistä kertaa mukana vuonna 1970. Seuraavina vuosina LKS:n toiminta oli vastakkainasettelun sävyttämää: mielipiteitä jakoivat yliopistojen hallinnon uudistaminen ja *Medisiinari*-lehden linja. Valtuuskunnassa ei-sosialisteilla, joista monet olivat sitoutumattomia, oli jatkuvasti enemmistö, ja vasemmisto oli oppositiossa.⁴⁸⁷ Turussa sen sijaan vasemmisto oli mukana TLKS:n hallituksessa, vaikka oikeisto säilyi koko ajan enemmistönä.⁴⁸⁸ Oulussa perustettiin valtuusto, jonka vaalit käytiin 1970-luvun alkupuolella pääosin poliittisin tunnuksin – porvarilliset saivat sielläkin enemmistön.⁴⁸⁹ Lääkäriliiton valtuuskunnan vaaleihin tuli vuonna 1970 Sosialistiset lääkärit -vaalirengas, joka sai läpi yhden ehdokkaistaan, Ilkka Taipaleen. Vaalien jälkeen perustettiin Niemen aloitteesta Sosialistinen terveysrintama terveydenhuoltoalan vasemmistolaisten työntekijöiden yhteistyöjärjestöksi. Vasemmiston tulo aktivoi muita puolueita: Lääkäriliiton valtuuskunnan vuoden 1973 vaaleissa olivat mukana porvarillinen, vasemmiston ja keskustan vaaliliitot.⁴⁹⁰ Aktivoitumisen puoluetietä pitkin näkyi myös siinä, että vuoden 1970 eduskuntavaaleissa oli ennätysmäärä lääkäreitä ehdolla. Heitä oli kaikissa vaalipiireissä ja lähes kaikkien puolueiden listoilla – eniten kokoomuslaisissa (9). Valituiksi tulivat Osmo Kaipainen (SDP), Sirkka Lankinen (kok.), Eeva Kauppi (kok.), Pauli Räsänen (SKDL) ja Matti Ruokola (kesk.).⁴⁹¹

Nuoren sukupolven radikalismi ja koulutusmäärien nostaminen herättivät Lääkäriliiton luomaan tiiviimpiä suhteita medisiinareihin. Taustalla oli huoli lääkärikunnan yhtenäisyydestä, keskinäisen luottamuksen murtumisesta ja jatkuvuuden häiriintymisestä – aikakauden muotitermein nuorten vieraantumisesta. Pelkona oli,

485 Niemi 2004, 5–7, 116–118.

486 Puolakka Matti: Opetuksen luokkaluonteesta: Miksi marxilaisia työryhmiä tiedekuntiin? *Medisiinari* 1/1969, 42–43; Lahelma, Kuokkanen, Prättälä 1995, 7–14; Niemen suhteesta *Medisiinari*-lehden radikaaleihin, ks. Niemi 2004, 5.

487 Selostus ”Kevään tapahtumat LKS:n piirissä” liitteenä lääket. tdk ptk 25.8.1970 (15\$), HYKA; Heikkinen 2008, 189–191.

488 TLKS 2006, 38–39; TLKS 1996, 78.

489 Oulun lääketieteellinen kilta 2010, 19, 72–73.

490 Aalto 2010, 112–113, 116.

491 Kosonen Tapani, pääkirjoitus: Lääkäreitäkö eduskuntaan. SLL 6/1970, 484; Lääkäreitä kansanedustajaehdokkaina. SLL 6/1970, 524; Lääkärit maalissaaleissa. SLL 10/1970, 953.

että tulevaisuudessa kaikki eivät automaattisesti liittyisi liittoon. Lähes kaikkien lääkärien jäsenyys antoi Lääkäriliitolle erityisen painoarvon. Aktiivisemman otteen nuorten integroimiseksi Lääkäriliitto otti Vanhan valtauksen jälkitunnelmissa vuonna 1969, jolloin tiedotusta medisiinareille tehostettiin, luotiin tiiviit yhteydet Medisiinariiliittoon ja kandidaatit otettiin mukaan liiton uuteen koulutusvaliokuntaan. Lääkäriliiton ja kandidaattien välisessä keskustelussa nousi esille, että sukupolvia jakoi erityisesti terveydenhuoltopolitiikka: kandidaatit katsoivat liiton toimineen passiivisesti ja vanhoillisesti. Kandidaattien integrointi liittoon syveni 1970-luvun alussa: ensin Medisiinariiliiton ja kandidaattiseurojen edustajat pääsivät tarkkailijoiksi valtuuskunnan kokouksiin ja lopulta Lääkäriliitto ryhtyi kutsumaan jäseniksi kaikki viisi vuosikurssia suorittaneet kandidaatit.⁴⁹²

Medisiinariiliitto oli perustettu vuonna 1968 Oulun Lääketieteellisen Killan aloitteesta kaikkien kandidaattiseurojen keskuselimeksi. Yhteisiä kokouksia seurat olivat järjestäneet jo vuodesta 1960, mutta kansallisen järjestön perustamista ei aiemmin oltu pidetty tarpeellisena.⁴⁹³ Vuonna 1963 perustettiin yhteinen toimikunta ajamaan amanuenssiasioita, ja seuraavana vuonna aloitettiin valtakunnallinen yhteistyö viransijaisväilyksessä seurojen ja NLY:n kesken.⁴⁹⁴ Medisiinariiliiton ensimmäinen hallituksen jäsen Antero Hulkko arvioi myöhemmin, että aiemmat yhteistyövirytykset olivat kaatuneet LKS:n ja TLKS:n väliin ristiriitoihin, jotka sävyttivät myös Medisiinariiliiton alkutaivalta.⁴⁹⁵ Liiton tarkoituksena oli toimia etujärjestönä korkeakoulu-, terveydenhuolto- ja opintoasioissa sekä pitää yhteyttä ulkomailla lääketiedettä opiskeleviin suomalaisiin, Lääkäriliittoon ja Suomen ylioppilaskuntien liittoon.⁴⁹⁶ Medisiinariiliiton perustamissyynä oli ennen kaikkea 1960-luvun tuottama muutos opiskelijoiden identiteetissä: lääkärikoulutuksen laajenemisen myötä ja yleisen opiskelijapolitiikan tendenssien mukaisesti opiskelijat alkoivat mieltää itsensä omaksi eturyhmäkseen, jolla oli kasvanut kiinnostus osallistua päätöksentekoon niin yliopistoissa kuin ammattikunnan sisällä.

Oleellista on, että puoluepoliittisista erimielisyyksistä huolimatta radikaalit haluttiin integroida lääkärikuntaan. Ilkka Taipale on myöhemmin kertonut, että vasemmistolaisten lääkärien piirissä pohdittiin 1960-luvun lopulla Lääkäriliitosta eroamista. Näin ei kuitenkaan tehty, vaan sen sijaan lähdettiin mukaan. Taipale on tarkastellut kollegiaalisuutta ja suhdettaan Lääkäriliittoon:

”Mutta se oli aika jännä se Lääkäriliitto. Silloin oli se 60-luvun henki kaikkialla. Ne hyväksyivät ajatuksen, että pannaan kehitysyhteistyöryhmä käyntiin. -- Sitten pantiin lääkäreiden alkoholasioista eka ryhmä -- Ja monta asiaa saatiin silloin liikkeelle. Ja saunottiin niin, että ne sanoi myöhemmin. Kuule Ilkka, jos sinä olisit veturinkul-

⁴⁹² Aalto 2010, 113–115.

⁴⁹³ Lääketieteenkandidaattiseura A.D. 1960 (toimintakertomus). Medisiinari 3/1961, 19–31; Turku: Puun oksalta. Medisiinari 1/1957, 64–66; Turkulaisittain. Medisiinari 4/1959, 77–79; Wartiovaara Jorma (=JW): Sihteerin pöydältä. Medisiinari 9/1962, 58–59.

⁴⁹⁴ Sihteeri. Medisiinari 9/1963, 74–76; Heikkinen 2008, 205–206.

⁴⁹⁵ Hulkon kirjoitus Oulun lääketieteellinen kilta 1970.

⁴⁹⁶ Aromaa Arpo: Medisiinariiliitosta. Kollega 2/1969, 44–45.

jettaja, niin veturi olisi ajanut sinun päältäsi jo moneen kertaan. Mutta he hyväksyivät tämän radikalismia. Monet ajatukset olivat yleisliberaaleja.”⁴⁹⁷

Avoterveydenhuollon läpilyönti

”Yhteiskunnan lääkärinälkää kurniva suolisto on tosin ehkä vaiennettavissa kalakukolla ja Tammerkosken vedellä, mutta näiden jääminen ainoaksi patenttiratkaisuksi osoittaa tilanteen huonoa tuntemusta ja voi lykätä juuri nyt tarvittavat toimenpiteet liian kauas tulevaisuuteen.”⁴⁹⁸

Näillä sanoin Lääkäriliiton puheenjohtaja H. R. Nevanlinna otti vuonna 1967 kantaa suunnitelmiin perustaa uudet lääketieteelliset tiedekunnat Kuopioon ja Tampereelle lääkäripulan ratkaisemiseksi. Nevanlinnan värikkäät sanavalinnat kuvaavat Lääkäriliiton suhtautumista opiskelijamäärien lisäämiseen: valtion toimia pidettiin edelleen liian yksipuolisina. Vaikka Lääkäriliitto ei kiistänyt maaseudun lääkäripulaa, se oli saanut julkisuudessa sitkeästi istuvan leiman lääkärimäärän nostamisen vastustajana. Liitto joutui erityisesti vasemmiston silmätikuksi, ja kärjekkäimpien mielipiteiden mukaan lääkärimäärän lisäämistä vastustettiin taloudellisen edunvalvonnan syistä. Vasemmiston näkökulma ilmenee professori Mikko Niemen (SDP) puheenvuorosta Jyväskylän kulttuuripäivillä kesällä 1969 pidetyssä terveydenhuollon kehittämisseminaarissa. Niemi syytti Lääkäriliittoa tiedekuntien korruptiota opiskelijamäärien lisäämisen hillitsemiseksi. Niemen kokemus oli, että Turun tiedekunnassa sisäänottomääristä keskusteltaessa tiettyjen professorien mielipiteet maan sopivasta lääkärimäärästä ilmensivät liiton kantoja. Lisäksi Niemi huomautti, että liiton sodanjälkeisistä puheenjohtajista lähes kaikki olivat olleet lääketieteen opettajia.⁴⁹⁹

Lääkäriliitto kielsi jyrkästi Niemen väitteet. Siinä Niemi tosin oli oikeassa, että liiton johdossa oli ollut sodan jälkeisenä aikana useita lääketieteen professoreita. 1960-luvulla Lääkäriliiton yhteys tiedekuntiin vaikuttaa kuitenkin ohentuneen. Tämä johtunee siitä, että toiminnanjohtajat eivät enää edellisen vuosikymmenen tapaan tulleet tiedemaailmasta, vaan toimiston johto oli NLY:n entisillä aktiiveilla: toiminnanjohtajana oli lääket. lis. Väinö Pensala ja apulaistoiminnanjohtajana lääket. lis. Tapani Kosonen.⁵⁰⁰ On vaikea arvioida, missä määrin tiedekunnissa kuunneltiin Lääkäriliittoa. Lähdemateriaalien perusteella sisäänottomäärien lisääminen vaikuttaa olleen tiedekunnille lähinnä käytännöllinen kysymys. Jos jonkinlaista hidastusta niiden puolelta esiintyi, sen voi ainakin osittain tulkita painostukseksi, jolla pyrittiin edistämään rakennushankkeita ja saamaan lisää resursseja. Lääkäri-

⁴⁹⁷ Haastattelu Ilkka Taipale 6.8.2009.

⁴⁹⁸ Lääkäriliiton valtuuskunnan ptk 6.5.1967 (7§), SLA.

⁴⁹⁹ Lääkäriliiton valtuuskunnan ptk 11.12.1965 (1§, 6§), 14.5.1966 (7§), 6.5.1967 (1§), SLA; Keskustelua: Mitä sammakosta paisuu härkä. Mätäkuun ilmiöitä jo heinäkuun alkupäivinä. SLL 23/1969, 1957–1962.

⁵⁰⁰ Lista Lääkäriliiton puheenjohtajista, ks. Nyström 2010 (toim.) liitteet; Henkilötiedot, ks. Suomen Lääkärit 1972.

liitto käytti tätä argumentaatioissaan hyväkseen, kun se pyrki kiinnittämään huomiota määrän sijasta laatuun eli koulutuksen resurssien turvaamiseen tulevien lääkärin ammattitaidon takaamiseksi. Osittain vasemmiston syytökset lääkärikuntaa kohtaan pohjautuivat historiaan. Esimerkiksi lääket. lis. Osmo Kaipainen (SDP) kirjoitti vuonna 1969 terveystaloudellisessa pamfletissaan *Kansa kaikki kärsinyt*, että lääkärimäärän lisäämistä oli hillinnyt 1930- ja 1940-luvuilla sota-ajan lisäksi lääkärikunnan torjuva suhtautuminen.⁵⁰¹

Kun lääkäripula entisestään kärjistyi vuonna 1967, alettiin pelätä valtion ”pakotoimia” lääkärin ohjaamiseksi maaseudun tyhjiin kuntiin. Lääkäriliitto puuttui tilanteeseen vapaaehtoisjärjestelyin: NLY:n ja kandidaattiseurojen kanssa perustettiin ”katastrofiredes” ohjaamaan lääkäreitä pulasta pahimmin kärsiviin kuntiin ja kandidaattiseurojen viransijaisväilystä tuettiin.⁵⁰² Samana vuonna Helsingin tiedekunnassa käsiteltiin kandidaattien mahdollisuuksia päästä aiemmin kunnanlääkärin viransijaisiksi. Kunnanlääkäripulaan vedoten kandidaatit anoivat ns. kunnanlääkäripikakursseja synnytys- ja naistentautiopissa sekä lastentautiopissa. Tällaiset kurssit järjestettiin, ja näin yksi kandidaattikurssi pätevytyi viransijaisiksi. Tiedekunta ryhtyi myös muuttamaan opinto-ohjelmaa, jotta viransijaisiksi voisi päästä aiemmin.⁵⁰³ Työtilaisuuksia vaikuttaa tarjoutuneen medisiinareille muutenkin. Helsingin tiedekunnan ja opiskelijoiden välillä aiheutti erimielisyyttä kandidaattien työskentely lukukausien aikana, johon tiedekunta ei suhtautunut kovinkaan suopeasti mutta jota ei kuitenkaan voitu kieltää.⁵⁰⁴

Keskustelu lääkäritarpeesta oli jatkunut koko vuosikymmenen. Lääkintöhallituksen pääjohtaja Niilo Pesosen johdolla toiminut lääkäritarvetta ja koulutusmahdollisuuksia selvittelyä komitea ehdotti vuonna 1965, että maahan perustettaisiin yksi uusi lääketieteellinen tiedekunta, jonka opiskelijat koulutettaisiin kandidaattivaiheeseen asti jossain vanhoista tiedekunnista.⁵⁰⁵ Vanhoissa tiedekunnissa uuden opinahjon perustamista kannatettiin. Helsingin tiedekunta katsoi, ettei oman tiedekunnan opiskelijamäärää enää voitu lisätä. Tiedekunta painotti kuitenkin, että opetus olisi välttämätöntä järjestää alusta alkaen uudessa opinahjossa.⁵⁰⁶ Myös Turun tiedekunta suhtautui kielteisesti ajatukseen antaa kandidaattiovetusta jälleen uuden tiedekunnan opiskelijoille sen jälkeen, kun oululaismedisiinarit olisivat siirtyneet omaan yliopistoonsa.⁵⁰⁷ Komitean kanta kandidaattivaiheen suorittamisesta muualla perustuikin lähinnä Oulun yliopiston lupaukseen ottaa nämä ylioppilaat

501 Kaipainen 1969, 230–231.

502 Lääkäriliiton valtuuskunnan ptk 6.5.1967 (15§), 16.12.1967 (15§), SLA; Lääkäriliiton toimintakertomus 1967 ja 1968, SLA; Myös TLKS 1996, 67; Kunnanlääkäripulan kärjistyisestä kertoo omakohtaisesti myöhempi kansanedustaja, Oulaisissa kunnanlääkärinä vuosina 1959–1967 toiminut Matti Ruokola, joka hakeutui Oulun yliopistolliseen keskussairaalaan keväällä 1967 työpaineiden käytyä sietämättömiksi, ks. Keränen 1980, 237–238.

503 Lääket. tdk ptk 14.3.1967 (15§), 4.4.1967 (18§), 18.4.1967 (17§, 23§) liitteineen, HYKA.

504 Lääket. tdk ptk 19.12.1967 (37§), 21.5.1968 (85§), 28.1.1969 (19§), 25.2.1969 (11§) liitteineen, HYKA.

505 Lääkäritarvetta ja koulutusmahdollisuuksia... osamietintö 1965, 40–41.

506 Lääket. tdk ptk 14.9.1965 (143§), 12.10.1965 (42§), 29.3.1966 (36§) liitteineen, HYKA; Myös Pesonen 1973, 33.

507 TY lääket. tdk ptk 7.9.1965 (39§), 5.10.1965 (9§), 19.10.1965 (15§) liitteineen, TYKA.

huomaansa, mutta tämä edellytti Oulun laitosten ja klinikoiden valmistumista aikataulussaan.⁵⁰⁸

Koulutuksen laajentamista käsiteltiin myös Opetusministeriössä, johon korkeakoulutuksen kehittämistä oli ryhdytty keskittämään. Peruslinjaus oli, että korkeakoulutus tuli mitoittaa valmistuneiden ylioppilaiden määrän mukaan, ei eri alojen työvoimatarpeesta tehtyjen arvioiden pohjalta. Laajempi keskustelu uusien korkeakoulujen perustamisesta kävi kuumana erityisesti Itä-Suomen osalta. Koulutuksen kehittämisessä keskeiseksi tuli presidentti Urho Kekkosen vuonna 1965 nimittämä professori Oiva Ketosen johtama, ns. presidentin työryhmä. Kekkonen oli jo pitkään vaatinut korkeakoulutuksen modernisaatiota, ja nyt presidentin tuki Ketosen työryhmän ehdotuksille ei juuri jättänyt tilaa kritiikille. Työryhmässä oli mukana Helsingin yliopiston sisätautiopin professori Esko Nikkilä. Työryhmän työn pohjalta hyväksyttiin vuonna 1965 laki ylemmän opetuksen ja tutkijakasvatuksen kehittämisestä (korkeakoululaitoksen kehittämislaki). Laki toteutti korkeakoulutuksen laajentamisen ja takasi sen taloudellisen pohjan määrittelemällä opiskelijapaikan käsitteen, jonka pohjalta resurssit laskettiin. Koulutusmäärien kasvu ohjattiin talouskasvun kannalta hyödyllisinä pidetyille aloille eli luonnontieteisiin, tekniikkaan ja lääketieteeseen.⁵⁰⁹ Vuonna 1967 korkeakouluneuvosto päätti opiskelijapaikkojen – ja samalla siis myös resurssien – jakamisesta korkeakouluittain ja aloittain. Matti Salo on kutsunut tätä neuvoston toteuttamaksi ”isoksi jaoksi”. Lääketieteessä tavoitteellinen opiskelijapaikkamäärä jätti hyvin tilaa uusien yksiköiden perustamiselle, ja Salo on arvioinut, että lääketieteessä resurssien kehitys oli muita aloja suotuisampaa.⁵¹⁰ Tarmio on todennut, että lain myötä koulutusvastuu siirtyi tiedekunnilta valtioneuvostolle ja että vuoden 1966 jälkeen tiedekunnista tuli osa korkeakoulukoneistoa, jolloin niiden pelivara sisäänottomäärien osalta pieneni selvästi.⁵¹¹

Lain yhteydessä päätettiin uusien yliopistojen perustamisesta, ja Kuopioon esitettiin sijoitettavaksi lääketieteen, hammaslääketieteen ja luonnontieteellisten alojen korkeakoulu. Sen suunnittelu aloitettiin uudistushengessä, jota Opetusministeriössä ilmensivät kaavailut yliopistotutkintojen ja -hallinnon uudistuksista. Näin Kuopion korkeakoulun suunnitelmissa ei haettu entiseen tapaan mallia Helsingin yliopistosta, vaan pyrittiin luomaan kansainvälisten esimerkkien mukaisesti ”täysin uudenaikainen laitos”.⁵¹² Pääjohtaja ja valmistelutoimikunnan puheenjohtaja Niilo Pesonen valotti pohdintoja *Medisiinari*-lehdessä vuonna 1968. Korkeakoulun uudenaikaisuutta ilmentäisivät sekä rakenteet että koulutuksen sisällöt. Tavoitteena oli ensisijaisesti valmistaa avoterveydenhuollon lääkäreitä. Pesonen totesi, että nykyaikaisen yhteiskunnan palvelukseen valmistuvan lääkärin oli huolellisesti pe-

508 Lääkäritarvetta ja koulutusmahdollisuuksia... osamietintö 1965, 35.

509 Jalava 2012, 62–67, 72–73; Tarkka kuvaus lain syntyvaiheista, ks. Eskola 2002, 248–255; Ketosen työryhmän mietintö, Tiede ja ylin opetus... 1965; Ketonen oli tuonut ajatuksiaan esille jo vuonna 1964 kirjassaan Valkolakisista väitöskirjaan, jossa oli runsaasti ehdotuksia yliopisto-opintojen tehostamiseksi, ks. Ketonen 1964.

510 Salo 2003, 198–206, 210, 246.

511 Tarmio 1993, 162–163.

512 Vuorio 2006, 43–46, 53–65.

rehdyttävä sosiaalilääketieteeseen ja ennalta ehkäisevän lääketieteen menetelmiin. Tätä varten Kuopioon suunniteltiin kansanterveyslaitosta. Perinteisiä rakenteita oli tarkoitus rikkoa perustamalla oppiaineiden yhteisiä laitosryhmiä sekä integroimalla toisiinsa niin luonnontieteiden ja lääketieteen eri aloja kuin peruslääketieteiden ja kliinisten alojen opetusta.⁵¹³ Kuopion korkeakoulun ensimmäiset suunnitelmat nojautuivat professori Lauri Saxénin luonnoksiin, joihin oli saatu vaikutteita Länsi-Saksasta ja USA:sta.⁵¹⁴

Laissa Kuopion korkeakoulusta vuonna 1970 mainittiin sen päätutkimuskohteeksi kansanterveyteen vaikuttavat tekijät. Korkeakoulun ensimmäinen rehtori ja suunnittelua johtanut professori Olli Castrén on luonnehtinut, että tavoitteena oli luoda ”laaja-alainen terveydenhoitoalan korkeakoulu”, jonka opetus ja tutkimus suunnattaisiin lääketiedettä, sairaalalaitosta ja terveydenhuoltoa palveleville aloille. Korkeakouluun tuli lääkäri- ja hammaslääkärikoulutuksen lisäksi sairaalafysikkosten ja biokemistien sekä ympäristöhygieenikkojen ja myöhemmin terveydenhuollon kandidaattikoulutus. Kuopion korkeakoulun perustamissuunnitelmissa oli voimakas yhteiskunnallinen painotus, jossa pyrittiin vastaamaan avoterveydenhuollon ja tulevien terveyskeskusten lääkäritarpeeseen sekä suuntaamaan opetusta ehkäisevään lääketieteeseen ja kansanterveystyöhön.⁵¹⁵ Ihanteeksi asetettiin kunnanlääkärin korvaavan terveyskeskuksen yleislääkärin kouluttaminen.

Lääkäritarvetta ja koulutusmahdollisuuksia selvittelevän komitean mietintöön olivat Niilo Pesonen ja kaksi muuta jäsentä jättäneet eriävän mielipiteen, jossa he kannattivat kahden uuden tiedekunnan perustamista yhden sijasta.⁵¹⁶ Toista alettiin tavoitella Tampereella, jossa Yhteiskunnallisesta korkeakoulusta oli tullut Tampereen yliopisto vuonna 1966. Lääketieteellisen tiedekunnan perustamishanketta edistettiin pitkään pinnan alla, ja maakunnallinen lobbaus oli kiivasta. Tampereen puolesta puhuivat hankkeen ajajien mielestä sairaalalaitoksen korkea taso, kokemus erikoisalojen opetustoiminnasta ja professoreiksi pätevät ylilääkäri-opettajat. Toiminnan aloittamista alettiin valmistella jo etukäteen.⁵¹⁷ Kuopiossa hanketta vastustettiin, sillä toisen tiedekunnan pelättiin kilpailevan samoista resursseista.⁵¹⁸ Keväällä 1970 Ahti Karjalaisen (kesk.) vasta-aloittanut hallitus julisti kuitenkin ryhtyvänsä tehokkaasti poistamaan lääkäripulaa ja teki periaatepäätöksen lääkärikoulutuksen aloittamisesta Tampereella. Tämän jälkeen asetettiin toimikunta valmistelemaan hanketta, ja Kuopion tapaan opetuksen lähtökohdaksi otettiin uusi tutkintorakenne ja avohoidon yleislääkärin koulutus. Tampereen suunnitelmiin antoi oman leimansa se, että suunnittelutoimikunnan puheenjohtajaksi tuli radi-

513 Pesonen Niilo: Eräitä näkökohtia Kuopion lääketieteellisluonnontieteellisen korkeakoulun perusrakenteesta. *Medisiinari* 6/1968, 45–47.

514 Hulkko Antero: Kuopion korkeakoulu. *Kollega* 3/1969, 34–36; Myös Pesonen oli tutustunut aiheopetukseen eli teoreettisten ja kliinisten aineiden integraatioon opintomatkallaan USA:han vuonna 1953, ks. Pesonen 1973, 219.

515 Castrén Olli: Näkökulma: Kuopion korkeakoulu aloittaa kansanterveystyön. *SLL* 14/1972, 1407–1408; Haastattelu Olli Castrén ja Jarmo Visakorpi 1.6.2009; Vuorio 2006, 77, 88–89, 107–111, 121–127.

516 Lääkäritarvetta ja koulutusmahdollisuuksia...osamietintö 1965, 45–48; Myös Pesonen 1973, 33–34.

517 Seppälä 2003, 13–23.

518 Vuorio 2006, 93.

kaali lääkärikoulutuksen uudistaja, professori Mikko Niemi. Tampereen yliopiston lääketieteellinen tiedekunta perustettiin keväällä 1972, jolloin opettajien rekrytoimiseen, opiskelijoiden valitsemiseen ja opetuksen suunnitteluun jäi muutama kuu-kausi – opetus aloitettiin samana syksynä.⁵¹⁹

Tampereen tiedekuntaa vastustettiin Lääkäriliitossa, lääketieteellisissä tiedekunnissa ja korkeakouluneuvostossa. Perusteluna oli lähinnä pelko lääkärien liikatuotannosta – Tamperetta pidettiin kyllä hyvänä koulutuspaikkana.⁵²⁰ Lääkärikunnassa mielipiteet koulutuksen lisäämisestä ylipäättään jakautuivat, mutta pääsääntöisesti uusia tiedekuntia ei pidetty oikeana ratkaisuna. Vuonna 1970 toteutetun kyselyn mukaan liiton myönteistä suhtautumista Kuopion korkeakoulun perustamiseen piti oikeana 37 prosenttia ja vääränä 40 prosenttia lääkäreistä. Erityisesti nuorten parissa suhtauduttiin nihkeästi koulutuksen lisäämiseen. Lääkärien kannat jakautuivat alueellisesti: Itä-Suomessa ja maaseudulla suhtauduttiin myönteisesti koulutuksen lisäämiseen, Turussa ja Oulussa sitä vastustettiin. Luultavasti näissä kaupungeissa pelättiin omien tiedekuntien resurssien puolesta.⁵²¹ TLKS suhtautui Kuopion korkeakoulun perustamiseen myönteisesti. Sen sijaan *Kollega*-lehden pääkirjoituksessa huomautettiin keväällä 1970 pisteliäästi, että Tampereen kohdalla ei voinut välttyä ajatukselta, että kyse oli enemmänkin lääkärikoulutuksen saamisesta Tampereelle kuin pyrkimyksestä poistaa lääkäripula tehokkaasti ja taloudellisesti.⁵²² Turussa luultavasti hiersi se, että Opetusministeriön painostuksesta tiedekunnassa keskusteltiin vuosina 1967–1970 sisäänottomäärän nostamisesta 80:stä 120:een. Tiedekunta oli asiasta varsin erimielinen. Tiedekunnan sisällä professori Mikko Niemi selvästi painosti korotuksiin ja tällainen päätös tehtiinkin useampaan kertaan, kunnes vuonna 1970 aikeista luovuttiin taloudellisista syistä eli ilmeisesti tiedekunta ei saanut riittäviä takeita lisäresursseista.⁵²³

Opetus aloitettiin Kuopion korkeakoulussa ja Tampereen tiedekunnassa syksyllä 1972. Samana vuonna säädettiin kansanterveyslaki, jolla uudistettiin avoterveydenhuoltoa. Taustalla oli pitkä valmisteluprosessi. Vuonna 1960 asetettu kansanterveyskomitea oli ehdottanut mietinnössään vuonna 1965 terveydenhuoltopalveluiden alueellista keskittämistä terveysasemille. Tavoitteena oli siirtää terveyspolitiikan painopiste avohoitoon ja ennaltaehkäisyyn ja saada kansalaiset tasavertaiseen asemaan palveluiden osalta.⁵²⁴ Prosessi eteni kuitenkin hitaasti. Vuonna 1967 lääket. kand. Kari Puro (SDP) analysoi terveydenhuollon epäkohtia *Medisiinari*-lehdessä. Kansanterveyden kohentamisen kannalta pahin ongelma oli avoterveydenhuollon kehittymättömyys, ja sairaalalaitoksen toiminnan pahimpia esteitä olivat lääkäripula ja sairaalahallinnon hajanaisuus. Puro piti uudistuksia lääkärien etujen mukaisina ja vaati Lääkäriliitolta toimia niiden eteen.⁵²⁵ Samassa lehdessä oli haastateltu

519 Seppälä 2003, 23–34; Haastattelu Olli Castrén ja Jarmo Visakorpi 1.6.2009.

520 Seppälä 2003, 25.

521 Suomen Lääkäriliitto ja lääkärikoulutus. SLL 27/1970, 2435–2436.

522 TLKS 1996, 75; Pääkirjoitus. *Kollega* 4/1970, 5–6.

523 TY lääket. tdk ptk 13.12.1966 (13\$), 14.3.1967 (16\$), 17.10.1967 (16\$), 28.5.1968 (29\$), 17.9.1968 (17\$), 12.11.1968 (16\$), 30.9.1969 (13\$), 11.11.1969 (18\$), 25.11.1969 (16\$), 15.9.1970 (35\$) liitteinen, TYKA.

524 Tiitta 2009, 377.

525 Puro Kari, pääkirjoitus: Kaksi epäkohtaa. *Medisiinari* 7/1967, 9.

Niilo Pesosta, joka katsoi virheeksi sen, ettei keskussairaalaverkostoa rakennettaessa oltu otettu huomioon tulevaa lääkäritarvetta ja ettei avoterveydenhuoltoa oltu pidetty niin tärkeänä kuin sairaanhoitoa.⁵²⁶

Lääkärikunnassa ajatus terveysasemista oli alun perinkin jakanut mielipiteitä. Elina Haavio-Mannila ja Rauni Myllyniemi tarkastelivat vuonna 1964 lääkärien suhtautumista maalaiskuntien lääkärintoiminnan uudistamiseen. Lääkäreiltä tiedusteltiin mielipidettä 3–5 lääkärin ja apuhenkilökunnan yhteisten terveysasemien perustamisesta. Hanketta kannatettiin erityisesti kaupungeissa ja niiden keskuudessa, joita uudistus ei juuri koskenut. Tutkimukseen osallistuneista kunnanlääkäreistä 35 prosenttia katsoi, etteivät terveysasemat olisi hyödyksi (sairaalalääkäreistä 14 %), ja vain 16 prosenttia piti niitä koko maahan sopivina (32 % sairaalalääkäreistä). Erityisesti ne kunnanlääkärit, jotka olivat tyytyväisiä toimipaikkaansa ja jotka sitoutuivat paikalliseen yhteisöön, vastustivat uudistusta. Myöskään suuren työtaakan rasittamat kunnanlääkärit eivät olleet vastaanottavaisia uudistukselle.⁵²⁷ Terveysasemat miellettiin myös yhtenä muotona, jolla yhteiskunta otti haltuunsa lääkäripalveluksia. Vaikka sosialisoinnista ei enää juuri puhuttu, termi nousi esille Risto Jaakkolan LKS:lle kesällä 1968 tekemästä tutkimuksesta. Siinä tiedusteltiin medisiinareilta eri terveydenhuoltoon liittyvien laitosten sosialisomisesta. Mediisinarit vastustivat apteekkien ja lääketeollisuuden sekä tutkimuslaitosten ja yksityissairaaloiden ottamista yhteiskunnan haltuun. Väite ”yhteisvastaanottojen perustaminen kuuluu yhteiskunnalle” jakoi mielipiteitä siten, että samaa ja eri mieltä olevia oli molempia noin 40 prosenttia.⁵²⁸

Lääkärikunnan ristiriitainen suhtautuminen kuvastaa epäluuloa ehdotuksen poliittista taustaa kohtaan. Kansanterveyskomitean ehdotukset olivat kohdanneet voimakasta kritiikkiä, ja etenkin kunnanlääkärit ja terveyssisaret kokivat asemansa ja ammatillisen itsenäisyytensä uhatuksi. Lääkäriliitto kritisoi ehdotusta muuten, vaikka kannattikin terveysasemia. Kansanterveyslakia valmisteltiin ministeriössä pitkään, ja vielä eduskuntakäsittelykin nosti pintaan ristiriitoja. Viime metreillä lakiin sisällytettiin terveyskeskuksen peruspalveluiden maksuttomuus SDP:n vaatimuksesta. Maksuttomuus jakoi mielipiteitä puolueissa. Lääkäriliitto kääntyi tässä vaiheessa vastustamaan lain nopeaa toimeenpanoa. Vaikka kaikki puolueet sinänsä kannattivat lakia, se sai loppuvaiheissaan vasemmistopoliittista leimaa. Kansanterveyslaki hyväksyttiin lopulta vuonna 1972.⁵²⁹ Risto Rinne ja Arto Jauhiainen ovat analysoineet hyvin, miten laki miellettiin kunnanlääkärien keskuudessa. Heidän mukaansa laki merkitsi ”miltei sata vuotta toimineen kunnanlääkäri-instituution loppumista ja maaseudun lääkäreiden siirtymistä aivan uudentyyppisen, valtiollisen ’terveysapparaatin’ palkkatyöläisiksi”. Rinne ja Jauhiainen arvioivat, että terveys-

526 Lääkintöhallituksen pääjohtaja Niilo Pesosen haastattelu. Medisiinari 7/1967, 10–13.

527 Haavio-Mannila Elina: Lääkärintehtävän muuttumisesta. Medisiinari 8/1968, 29–34; Myös Hirvensalo Heikki: Lääkäreiden uudistusmielisyys. Medisiinari 2/1967, 13–18.

528 Jaakkola Risto: Medisiinarien käsitykset lääkärin ammatista, sairaista, lääkärin etiikasta ja sosialisoinnista. Medisiinari 1/1969, 55–64.

529 Harjula 2015, 286–287; Nyström 2010(b), 185–186; Tiitta 2009, 374–379; Harjula 2007, 91–92.

keskusten myötä maaseudun lääkärien toiminnasta karisivat loputkin vapauden rippeet, ”joita kunnanlääkärit olivat toiminnassaan ja olemuksessaan kantaneet”.⁵³⁰

Kansanterveyslaki liittyi 1960-luvun terveysajatteluun, jossa elinympäristön ja -tapojen vaikutus terveyteen ja yhteiskunnalliset toimet ihmisten käyttäytymisen ohjaamiseksi löivät viimein läpi. Ehkäisevän terveydenhuollon kysymykset nousivat akuuteiksi, kun pohdittiin aineellisen hyvinvoinnin kasvun vaikutuksia sekä ympäristön turvallisuutta ja terveellisyyttä. Kun hyvinvointivaltion peruslähdekoh- ta, kaikkien oikeus terveyspalveluihin jaettiin laajasti poliittisella kentällä, paino- tuseroja syntyi yhteiskunnan roolista ja ohjauksesta suhteessa yksilöiden omaan vastuuseen. Painotuseroista riippumatta ehkäisevä lääketiede ja avohuollon ke- hittäminen nähtiin keinoina edistää kansalaisten terveyttä, alentaa sairauksien hoitamisesta yhteiskunnalle aiheutuneita kustannuksia ja parantaa eurooppalaisit- tain heikkoa kansalaisten terveyden tasoa sekä mahdollisuuksia saada ajoissa hoi- toa.⁵³¹ Medisiinarikunnassa oli paljon tukea kansanterveysajattelulle. Esimerkiksi *Medisiinari*-lehden pääkirjoituksessa vuonna 1967 kiinnitettiin huomiota siihen, että Helsingin tiedekunnassa oli vain yksi hygienian professori, ja ”preventiikka” vaikutti olevan lääketieteen laiminlyödyin alue. Pekka Kuusen hengessä pääkir- joituksessa muistutettiin, että lääketiede, joka tyytyi vain parantamaan sairauksia, ei täyttänyt tehtäväänsä. Terveysasemien avulla väestö saataisiin paremmin uusien tutkimusmenetelmien pariin ja piilevien sairauksien seulomista ja ehkäisyä voitai- siin tehostaa.⁵³²

Lääkärikoulutuksen yhteiskunnalliset ulottuvuudet olivat laajasti esillä vuonna 1966 järjestetyssä WMA:n kolmannessa kansainvälisessä lääketieteen koulutuksen kongressissa Delhissä otsikolla ”Medical Education – Factor in Socio-Economic Development”. Kokouksen puheenjohtaja Madrasin yliopiston varakansleri, tri A. Lakshmanaswami Mudaliar korosti lääketieteen kasvanutta merkitystä niin yksi- lölle ja perheelle kuin yhteiskunnalle, valtiolle ja koko maailmalle. Tämä tarkoitti lääkärien suurempaa vastuuta ja roolin laajentumista yksilötasolta yhteiskuntaan. Lääketieteen kehitys antoi mahdollisuuksia toimia uusilla tavoilla ihmiskunnan hyväksi. Kokouksesta Helsingin tiedekunnalle raportoinut professori Harald Teir totesi, että lääkärikoulutuksessa oli havaittavissa kehitystä yhteiskunnallisempaan suuntaan ja että yliopistot suhtautuivat myönteisesti yhteiskunnan koulutukselle asettamiin tavoitteisiin. Kokouksen pääteemoja olivat sosiaalisten muutosten ja tieteellisten saavutusten suhde lääketieteen opetukseen, koulutuksen kansalliset rakenteet, opetuksen järjestely yhteiskunnan muuttuvien tarpeiden valossa ja uu- det opetusmenetelmät. Keskustelujen avaintermi oli dynaaminen lääkärien koulu- tusohjelma, ja kasvatuksen tavoitteeksi määriteltiin, että opiskelijalle muodostuisi kokonaiskuva ja hän kasvaisi terveydenhuoltoalan henkilöstön yhteistyöhön.⁵³³

530 Rinne ja Jauhiainen 1988, 117.

531 Harjula 2007, 90–92, 95–99, 113–119; Myös Kaipainen 1969, 23–38.

532 Pääkirjoitus. *Medisiinari* 5/1967, 9.

533 Professori Harald Teirin matkakertomus lääkärikoulutuksen kolmannelta maailmankongressista ja puheenjohtajan avausanat liitteenä lääket. tdk ptk 16.5.1967 (12\$), HYKA; Third World Conference on Medical Education. *BMJ* 10 Dec. 1966, 1442–1447; Teirin kokemuksia hyödynnettiin Tampereen tiedekunnan suunnitelmia tehtäessä, ks. Seppälä 2003, 38.

Kokouksessa kiinnitettiin huomiota lääkäripulaan ja uusien korkeakoulujen perustamiseen, mistä Teir raportoiakin tarkemmin – ehkä Suomen suunnitelmia ajatellen. Kokouksessa painotettiin, että uutta koulutusta aloitettaessa opiskelijoiden tulisi päästä opiskelemaan omassa korkeakoulussa alusta alkaen.⁵³⁴ Tämä oli myös Helsingin tiedekunnan kanta uusiin lääketieteellisiin koulutusyksiköihin nähden.⁵³⁵ Toinen Suomen kehitykseen verrannollinen seikka oli, että myös kansainvälisellä tasolla pohdittiin keinoja, joilla koulutus voisi tukea lääkärien hakeutumista työhön maaseudun perifeerisille alueille. Lääketieteellisten korkeakoulujen perustaminen pienempiin kaupunkeihin nähtiin yhtenä keinona. Toinen keino oli lääkärien ja muun terveysten henkilökunnan työyhteisöjen muodostaminen maaseudun oloja ajatellen.⁵³⁶

Kysymys lääkärikoulutuksen suhteesta sosiaalisiin muutoksiin ja yhteiskunnan tarpeisiin kulminoitui Suomessa 1960- ja 1970-lukujen vaihteessa. Lääketieteellisten tiedekuntien nähtiin olevan vastuussa yhteiskunnalle siitä, että valmistuneet pystyivät vastaamaan terveydenhuollon vaatimuksiin. Valtion tasolla huomio siirtyi lääkärikoulutuksen määrästä opetuksen sisällön muuttamiseen vastaamaan paremmin kansanterveydellisiä tarpeita. Myös lääkärikunnassa katsottiin, että erityisen linjan luominen yleislääkäreitä varten ei enää riittänyt, vaan koko opetuksessa oli siirryttävä sairaalakeskeisyydestä avohoitokeskeisyyteen. Tässä hengessä kansanterveystyön opetusta ja tutkimusta ryhdyttiin lisäämään, mikä merkitsi omien laitosten perustamista.⁵³⁷ Helsingin yliopistossa tämä toteutettiin muuttamalla hygienian professuurin ja laitoksen nimi kansanterveystieteen professuuriksi ja laitokseksi vuonna 1970.⁵³⁸

534 Professori Harald Teirin matkakertomus lääkärikoulutuksen kolmannesta maailmankongressista liitteenä lääket. tdk ptk 16.5.1967 (12\$), HYKA.

535 Tiedekunnan lausunto Kuopion korkeakoulun valmistelutoimikunnan I osamietinnöstä liitteenä lääket. tdk ptk 26.9.1967 (34\$), HYKA; Tiedekunnan kanta Tampereen lääket. tiedekunnan perustamiseen, ks. lääket. tdk ptk 13.2.1968 (6\$), 27.2.1968 (7\$), 12.3.1968 (30\$) liitteineen, HYKA.

536 Third World Conference on Medical Education. BMJ 10 Dec. 1966, 1442–1447.

537 Salorinne Yrjö: Lääketieteellisten tiedekuntien opetusohjelmat ja yhteiskunnan tarpeet. SLL 17/1969, 1564–1565; Pätiälä Jorma: Lääkäri nykyajan yhteiskunnassa. SLL 34/1969, 3194–3197; Takala Jorma, pääkirjoitus: Yliopisto kunnallislääkärien kouluttajana. SLL 9/1970, 808–810; Yleislääkärien koulutus. SLL 16/1970, 1548–1550.

538 Lääket. tdk ptk 6.10.1970 (28\$), 20.10.1970 (39\$), 17.11.1970 (39\$, 41\$), HYKA.

Opintodemokratia vastauksena kritiikkiin ja vieraantumiseen

"Huonosti valmistettu ja johdettu kurssi, mikä sai koko opiskelun muistuttamaan farsia. Assistenttien suhtautuminen opetukseen oli epätasällista ja välinpitämätöntä."

"Professorin ja opiskelijoiden välit kireät ja kontakti huono. Itsekritiikki olisi joskus paikallaan."

"-- opetus varmastikin periaatteessa oikeasuuntaista: runsaasti bed-sideopetusta, joka kuitenkin sortuu pintapuolisuuteen, 'kyllähän ensi lukukaudella sitten opitte'. – Miksi tällä kurssilla sitten ollenkaan ollaan?"

"-- ei liene mitenkään puolustettavissa, että professori loukkaa ja itkettää alaisiaan kandidaattien läsnä ollessa."⁵³⁹

Näillä kovilla sanoilla arvioitiin Helsingin lääketieteellisen tiedekunnan opetusta vuonna 1967 *Medisiinari*-lehdessä julkaistussa laajassa, kurseittain kootussa kritiikissä. Jyvät erottuivat akanoista, kun medisiinarit ruotivat opintoja yksityiskohtaisesti ja useimpien opettajien opetustapoja ja pedagogista otetta nimillä mainiten. Tarkoitus oli nimenomaan arvostella, sillä kurssveja oli pyydetty arvioimaan kaikkien opettajien opetusta nimiä käyttäen. Viesti oli selkeä: pääkirjoituksessa toivottiin, että tieto tulevaisuudessa toistuvasta kritiikistä auttaisi *"estämään turhien poliisiotteiden käytön"* ja *"viimeistenkin akateemisen vapauden rippeiden tuhoamisen"*. Kursikohtaisissa kritiikeissä kiinnitettiin erityistä huomiota opettajien ja opiskelijoiden väliseen kontaktiin ja opettajien asenteeseen. Esille nousivat "poliisisysteemit", kuten nimenhuudot luennoilla ja yllätystentit, joita opettajilla oli tapana järjestää kesken kurssin. Negatiivisena huomioitiin opettajan ivallinen tai ylimielinen asenne ja potilaiden huono kohtelu. Toisaalta kurssit toivat esille paljon positiivisiakin seikkoja: erityisen hyviä luennoitsijoita, taitavia pedagogeja, kollegiaalista asennetta ja rentoja persoonia. Keskustelua suosivia ja siihen kannustavia opettajia kiitettiin erikseen. Kurseilla oli jonkin verran myös parannusehdotuksia, joten medisiinarien kritiikki ei jäänyt pelkäksi valittamiseksi. Pikemminkin kriittisyys kuului 1960-luvun retoriikkaan, ja tarkoituksena oli osoittaa myös medisiinarien kykyä ja kiinnostusta opetuksen kehittämiseen.⁵⁴⁰ Opintokritiikki tuskin jäi vaille huomiota opettajakunnassa, vaikka lehden palstalla ilmestyi vain yksi vastine.⁵⁴¹

Näihin varsin tiukkoihin näkemyksiin vaikutti samanaikainen keskustelu opiskelijoiden oikeusturvan puutteesta. Erityisesti radikaalien keskuudessa oli alettu kiinnittää laajemminkin huomiota professorien mielivaltaisuuksiin.⁵⁴² On huomatt-

⁵³⁹ Lainauksia artikkelista Lääketieteellisen tiedekunnan opetusohjelman kritiikkiä kurseittain kevästä 1967. *Medisiinari* 6/1967, 18–33.

⁵⁴⁰ Lääketieteellisen tiedekunnan opetusohjelman kritiikkiä kurseittain kevästä 1967. *Medisiinari* 6/1967, 18–33; Pääkirjoitus: Röyhkeitä. *Medisiinari* 6/1967, 9.

⁵⁴¹ Gräsbeck Ralph, mielipidekirjoitus. *Medisiinari* 8/1967, 65–66.

⁵⁴² Ilkka Taipaleen kohtelu eräällä lääketieteellisen tiedekunnan kurssilla oli yksi tekijä, jonka myötä Taipale nosti ylioppilaskunnassa esille opiskelijoiden oikeusturvan parantamisen. Kolbe 1996, 265; Opiske-

tava, että *Medisiinarin* vuoden 1967 toimituksessa oli useita vasemmistoradikaleja, mikä lienee vaikuttanut opintokritiikin sävyyn. Radikaalien diskurssia edusti esimerkiksi käsite ”poliisiotteet”, jolla nimenhuutoja ja yllätystenttejä oli alettu nimittää. Yllätystentit ovat hyvä esimerkki sellaisesta lääketieteen opetuksen piirteestä, joka oli osa medisiinarien piilotietämystä ja joka tuli näin opintokritiikin myötä näkyväksi.⁵⁴³ Laajasti ottaen murrosaika, jossa esiintyi voimakas pyrkimys liberalisoida ja demokratisoida yhteiskuntaa ja sen arvomaailmaa, materialisoi hiljaista tietoa. Koko tematiikka ilmensi nuoren sukupolven pyrkimystä vapautua auktoriteeteista ja historian turhina pidetyistä painolasteista, ja tämä onnistui vain tuomalla näkyväksi yhteisön arvoihin liittyvää hiljaista tietoa. Huomiota herättävä ja repivä sävy oli keino irtautua vanhasta.

Medisiinarin ensimmäinen opintokritiikki tiivistä nuorten odotuksia, toiveita ja asenteita. Opettajille suunnattiin vaatimus moderneista, läpinäkyvistä, systemaattisista ja pedagogisista kasvatusmuodoista. Yliopistollisten opetusperinteiden painolastia olivat lääketieteen runsas luento-opetus ja opetuksen koordinaation puute. Medisiinarit kiinnittivät huomiota luentojen heikkoon valmisteluun ja luennoitsijoiden vähäiseen pedagogiseen osaamiseen, jota ei mitenkään kontrolloitu. Klinikoilla valitettiin osastotyön, kiertojen ja toimenpiteiden seuraamisen huonosta organisoinnista. Yleisesti koulutuksen laatu vaikutti epätasaiselta, sillä esimerkiksi kierroista ja luentopotilaista saatava hyöty oli täysin riippuvainen kustakin opettajasta. Opetuksen sisältöjen osalta arvosteltiin erityisesti anatomian korostunutta osuutta prekliinisissä opinnoissa ja sosiaalilääketieteen liian vähäistä opetusta.⁵⁴⁴ Yksi tehokkuuden ja läpinäkyvyyden lisäämiseen tähännyt medisiinarien ehdotus oli luentosarjojen päättäminen monivalintatentteihin oppimisen parantamiseksi. Myös Turun anatomian professori Mikko Niemi kannatti monivalintatenttejä, sillä ne olivat vertailukelpoisia ja siten luotettavia.⁵⁴⁵

On painotettava, että radikaalit eivät olleet ainoita opetuksen kritisoijia; heidän sävynsä vain oli muita kärkevämpi. Medisiinarit olivat kritisoineet ja esittäneet parannuksia opintoihin ja opetusmenetelmiin aktiivisesti 1940-luvulta lähtien ja monet teemat, kuten luentojen hyödyllisyys, olivat ikuisuusaiheita. Aivan yhtä pistävää kritiikkiä ei *Medisiinarin* palstoilla ehkä ollut aiemmin ollut – toisaalta 1950-luvun alussa Kaljupäisen kandidaatin pakinoiden kritiikki oli ollut hyvin purevaa, vaikka se olikin kätketty humoristiseen tyyliin. Vanhaan tapaan myös 1960-luvun opintokritiikissä painotettiin opiskelijoiden oma-aloitteisuutta ja vastuunottoa, mutta se yhdistettiin uudenlaiseen vapauden teemaan. Esimerkiksi vuonna 1965 *Medisiinarissa* ehdotettiin luentoja muutettavaksi vapaaehtoisiksi, koska pakollisuuden ei katsottu motivoivan opiskelijoita.⁵⁴⁶ Opiskelijoiden vastuun painottami-

lijoiden oikeusturvasta myös Korpiola 2010, 176.

⁵⁴³ Tiedekunnan opettajille. *Medisiinari* 2/1965, 55.

⁵⁴⁴ Lääketieteellisen tiedekunnan opetusohjelman kritiikkiä kurssittain kevästä 1967. *Medisiinari* 6/1967, 18–33.

⁵⁴⁵ Tiedekunnan opettajille. *Medisiinari* 2/1965, 55; Niemi Mikko: Monivalintatehtävät lääketieteen kuu-
lusteluissa. *Duodecim* 5/1965, 276–287.

⁵⁴⁶ Tiedekunnan opettajille. *Medisiinari* 2/1965, 55.

nen näkyi siinä, että laajamittaiseksi paisunut lunttaus tuomittiin yksiselitteisesti ja medisiinareilta vaadittiin tältä osin asennemuutosta.⁵⁴⁷

Pääsääntöisesti medisiinarien opintokritiikki oli rakentavaa ja asiantuntevaa. Kansainväliset yhteydet antoivat perspektiiviä opintojen analysoimiseen. Vuonna 1966 IFMSA:n kongressissa julkaistiin vertailu lääketieteen opiskelusta kuudessa Euroopan maassa, mikä tuo hyvin esille eri maiden yliopistokulttuurin erityispiirteitä. Suomalaisen järjestelmän etuina pidettiin selkeyttä, alhaista keskeyttämisprosenttia, hyvää opettaja-oppilas-suhdelukua sekä käytännön opintojen runsasta määrää. Haittoina mainittiin valinnaisuuden ja akateemisen vapauden puute, tiukka aikataulu sekä vaatimaton yhteiskunnallisten asioiden ja sosiaalilääketieteen opetus. Saksassa ja Sveitsissä akateeminen vapaus oli liiankin laajaa ja opiskelijat pitivät käytännön opetusta riittämättömänä ja kliinisten kurssien kokoa liian suurena. Toisaalta monet ongelmat ja kehittämiskohteet olivat samoja eri maissa, kuten prekliinisten ja kliinisten aineiden yhteyksien puute, kurssien sisältöjen painuminen ja tieteellisen koulutuksen vähäisyys. Ehkäisevän ja yhteiskunnallisen lääketieteen painotus oli vasta alullaan: vain Hollannissa sosiaalilääketieteen opetusta oli kehitetty pitkälle, ja Englannissa kahdessa korkeakoulussa annettiin erikseen yleislääketieteen opetusta, mitä opiskelijat pitivät suurena etuna.⁵⁴⁸

Saksassa opiskelijat kokivat suhteensa opettajakuntaan heikoiksi. Tiedekunnilla ei vaikuttanut olevan mielenkiintoa opiskelijoiden mielipiteitä kohtaan ja hierarkisuus oli suurta.⁵⁴⁹ Juuri Saksassa opiskelijoiden ja auktoriteettien välinen ristiriita kärjistyikin sitten vuonna 1968 varsin rajulla tavalla ja sai väkivaltaisia muotoja.⁵⁵⁰ Suomessa tilanne oli monella tapaa erilainen. Myös yliopistojen välillä ja sisällä oli suuria eroja siinä, miten opiskelijoiden mielipiteitä otettiin huomioon. Lääketieteellisten tiedekuntien suhde opiskelijoihin oli aivan eri tavalla läheinen kuin muiden tiedekuntien. Opintokollegiot oli alun perin perustettu tuomaan esiin opiskelijoiden mielipiteitä opintoasioissa. Kuten lääket. kand. Kari Karkola kirjoitti *Kollega*-lehdessä, taustalla ei ollut ylioppilaskuntapolitiikassa sittemmin yleistynyt ajatus opiskelijan oikeudesta ja velvollisuudesta ottaa osaa yliopistohallintoon vaan pragmaattiset syyt.⁵⁵¹ Lääket. kand. Matti Tikkanen tiivisti tilanteen osuvasti *Medisiinari*-lehdessä alkusyksystä 1968 raportoidessaan Helsingissä järjestetystä IFMSA:n kongressista: *”Tämä [opettajien ja arvostettujen lääkärrien osallistumisen kongressin ohjelmaan, SA] tuntuu meistä täysin luonnolliselta ja ymmärrettävältä, mutta monet ulkomaiset ystävämme pitivät näin hyviä suhteita aivan ihmeellisinä ja arvelivat, että Suomessa opiskelijavallankumous jää varmaan tulematta. Tämä pitääkin paikkansa ainakin medisiinarien osalta (hitto vie, jos meillä on ongelmia, me voimme neuvotella niistä Medioman saunassa professoreiden kanssa ja juoda samalla kaljaa --).”*⁵⁵²

547 Tiedekunnan opiskelijoille ja opettajille. *Medisiinari* 1/1965, 47.

548 IFMSA: Lääkärikoulutus Euroopassa. *Medisiinari* 6/1966, 22–29.

549 IFMSA: Lääkärikoulutus Euroopassa. *Medisiinari* 6/1966, 22–29.

550 Esim. Kuusi 1968, 79–82; Kolbe 1996, 327–328.

551 Karkola Kari: Totta ja tulevaisuutta kandiseuran toiminnassa. *Kollega* 2/1966, 62–63.

552 Tikkanen Matti: IFMSA:n kongressi. *Medisiinari* 6/1968, 70–71; Seikko Eskola on todennut, että Suomessa opiskelijoiden järjestöillä olikin huomattavasti enemmän vaikutusvaltaa kuin muualla, ks. Eskola

Näihin jo varsin pitkään toimineisiin puitteisiin ui ajatus opintodemokratias-
ta. Laura Kolbe on todennut, että Helsingin yliopistossa opintoyhteistyö muuttui
opintodemokratiaksi vuosina 1966–1967. Nämä vuodet olivat opintoyhteistyön kul-
ta-aikaa, ja tuolloin ylioppilaskunnan aloitteesta tehtiin runsaasti opintojärjestelyjä
koskevia parannuksia. Vuonna 1966 kansleri hyväksyi yliopiston opintoyhteistyön
johtosäännön, jonka myötä kaikkiin tiedekuntiin perustettiin opintotoimikunnat
yhteistyöelimiksi, opintoneuvonta siirtyi ainejärjestöiltä yliopiston vastuulle ja tie-
dekuntiin perustettiin opintosihteerin virkoja.⁵⁵³ Näin lääketieteellisessä tiedekun-
nassa jo aiemmin tehdyt uudistukset levisivät koko yliopistoon. Dekaanin Harald Teir
totesikin, että opetuksen suunnittelua ja käytännön järjestelyjä oli vaikea kuvitella
toteutettavaksi ilman opintotoimistoa ja kandidaattien panosta.⁵⁵⁴ Tiedekunnan
asema edelläkävijänä tulee esille lausunnosta yliopisto-opetuksen tehostamiskomi-
tean mietintöön. Tiedekunta totesi, että lääketieteellisen opintoyhteistyömuodot
oli otettu komitean mietinnössä esimerkiksi ”aktiivisesti toimivasta järjestelmästä”.
Komitean muut ehdotukset johtivat lääketieteellisessä tiedekunnassa uusien opis-
kelijoiden opinto-ohjausluentoihin, opinto-oppaan toimittamiseen ja opetustai-
don kurssien järjestämiseen nuoremmille opettajille.⁵⁵⁵ Myös Turussa hyväksyttiin
vuonna 1966 opintoyhteistyö viralliseksi toimintamuodoksi.⁵⁵⁶

Vuosina 1966–1967 ylioppilaskunnissa asetettiin tavoitteeksi opintodemokratia
eli opiskelijoiden mahdollisuus saada edustajia yliopistojen hallintoelimiin – taus-
talla oli ajatus, että opiskelija oli oikeutettu osallistumaan päätöksentekoon itseään
koskevista asioista. Samalla myös valtion tasolla patisteltiin yliopistoja uudistuk-
siin. Korkeakoululaitoksen kehittämislain yhteydessä valtioneuvosto antoi lausun-
non, jossa vaadittiin yliopistoilta hallinnon ja tutkintojen uudistuksia. Tässä hen-
gessä uusiin korkeakouluihin tuli määräykset opintoyhteistyöstä ja opiskelijoiden
osallistumisesta hallintoon – käytännön toimenpiteet aloitettiin Jyväskylän yli-
opistosta. Pitkän tähtäimen tavoitteena olivat yhtenäisemmät käytännöt kaikissa
korkeakouluissa.⁵⁵⁷ Helsingin yliopistossa asetettiin hallinnon uudistamiskomitea,
jonka mietintö ilmestyi keväällä 1968. Lääketieteellisen lausunnossa suhtauduttiin
myönteisesti opiskelijoiden osallistumiseen tiedekunnan hallintoon. Tiedekunta
katsoi, että opiskelijoiden osallistuminen lisäisi heidän vastuuntuntoaan ja samal-
la saataisiin suoraan kuulla opiskelijoiden mielipide. Kuitenkaan opiskelijoiden ei
tullut ottaa osaa niihin päätöksiin, jotka koskivat virantäyttöjä, näyteluentojen ar-
vostelemista ja väitöskirjojen hyväksymistä.⁵⁵⁸

2002, 290.

553 Kolbe 1996, 264; Uudistuksen myötä lääketieteellisen tiedekunnan opintokollegio muuttui opintotoi-
mikunnaksi, ks. lääket. tdk ptk 11.10.1966 (3§), HYKA.

554 Helsingin yliopiston lääketieteellisen tiedekunnan dekaani vastaa kysymyksiimme. SLL 27/1966, 2170–
2173.

555 Lääket. tdk ptk 5.5.1964 (56§), 13.4.1965 (56§), 26.10.1965 (47§) liitteineen, HYKA; Myös tiedekunnan
lausunto opintoyhteistyöjärjestelmään liitteenä lääket. tdk ptk 24.5.1966 (69§), HYKA.

556 TY lääket. tdk ptk 1.11.1966 (24§), TYKA.

557 Jalava 2012, 62–67, 72–73; Kolbe 1996, 266–267; Eskola 2002, 255, 288–289; Lamberg 2004, 312.

558 Lääket. tdk ptk 7.5.1968 (35§) liitteineen, HYKA; Samansuuntainen kanta oli Turun tiedekunnalla ks.
Tarmio 1993, 196–197.

Tiedekunnan äänensävy kuitenkin jyrkkeni, kun opiskelijoiden vaatimukset lisääntyivät. Syksyllä 1968 radikalisoituva Suomen ylioppilaskuntien liitto asetti tavoitteeksi yliopistojen hallinnonuudistuksen toteuttamisen niin sanotun mies ja ääni -periaatteen mukaisesti. Ajatuksena oli, että hallintoelinten kokoonpanot ratkaistaisiin vaaleissa, joissa noudatettaisiin yleistä ja yhtäläistä äänioikeutta. Radikaalit opiskelijat näkivät yhä-periaatteen yliopistoissa keinona muuttaa koko yhteiskuntaa demokraattisempaan suuntaan. Tavoite oli asetettu korkealle, ja monien yllätys oli suuri, kun opetusministeri Johannes Virolainen (kesk.) ilmoitti alkuvuodesta 1969 kannattavansa SYL:n esitystä. Asiaa ryhtyi valmistelemaan opetusministeriön kansliapäällikkö Jaakko Nummisen (kesk.) johtama komitea, joka esitti yliopistojen ylimmäksi hallintoelimeksi yleisellä ja yhtäläisellä äänioikeudella valittua valtuustoa ja tiedekunta- tai laitostasolle kolmikantaperiaatteella (professorit – muu opetushenkilökunta – opiskelijat) valittuja neuvostoja. Pian tämän jälkeen rintamat lyötiin lukkoon: opiskelijat vaativat mies ja ääni -periaatteen soveltamista kaikilla tasoilla ja professorit ryhtyivät vastustamaan periaatetta. ”Radikaalireformin” päätyminen poliittisen keskusteluun keskiöön ja sen opetusministeriöltä saama tuki kertovat historioitsija Seikko Eskolan mukaan ylioppilasarjestöjen Suomessa nauttimasta poikkeuksellisen suuresta arvo- ja vaikutusvallasta.⁵⁵⁹

Helsingin lääketieteellinen tiedekunta käsitteli luonnosta korkeakoulujen sisäisen hallinnon perusteita koskevaksi laiksi syksyllä 1969. Osa professoreista koki, että opiskelijoille voitaisiin myöntää enemmän valtaa tietyissä asioissa. Professori Harald Teir taas katsoi, että lain myötä valta yliopistossa siirtyisi puoluepoliittisille nuorisjärjestöille.⁵⁶⁰ Tämä ajatus tuli esille myös tiedekunnan lausunnossa, jonka laativat professorit Teir ja Renkonen ja jonka sävy oli varsin jyrkkä. Lain katsottiin merkitsevän vallansiirtoa opettajilta opiskelijoille ja yliopiston autonomian heikkenemistä. Ketosen työryhmässä istunut professori Esko Nikkilä toivoi tiedekunnan kokouksessa jyrkkien kannanottojen välttämistä.⁵⁶¹ Keväällä 1970 laki eteni eduskunnan käsittelyyn, jolloin opiskelijat järjestivät lain hyväksymisen vauhdittamiseksi laajan kampanjan luentolakkoineen. Laki äänestettiin vaalien yli. Lakon aikana kampanjoinnin ydin siirtyi ylioppilaskunnilta poliittisille opiskelijajärjestöille, joiden joukossa vaikutusvaltaiseksi nousi vähemmistökommunistinen Sosialistinen opiskelijaliitto.⁵⁶² Helsingissä LKS kehotti jäseniään osallistumaan lakkoon, ja medisiinareille järjestettiin keskustelutilaisuuksia lääkärinkoulutuksesta ja muista asioista. LKS:n valtuuskunta myös julkaisi kannanoton yleisen ja yhtäläisen äänioikeuden puolesta.⁵⁶³ Oulussa lakkoon osallistumisesta päättivät kurssit, ja kolme klinistä kurssia jäi lakon ulkopuolelle.⁵⁶⁴

Hallinnonuudistustaistelun aikana yliopistoissa tehtiin omia uudistuksia, jotka perustuivat erilaisiin kiintiömalleihin. Lääketieteellisissä tiedekunnissa ryhdyttiin

⁵⁵⁹ Kolbe 1996, 365–369; Eskola 2002, 292–302, 318.

⁵⁶⁰ Lääket. tdk ptk 16.9.1969 (72§), HYKA.

⁵⁶¹ Lääket. tdk ptk 23.9.1969 (20§) liitteineen, HYKA.

⁵⁶² Kolbe 1996, 371–378; Eskola 2002, 302–307.

⁵⁶³ Heikkinen 2008, 186; Myös lääket. tdk ptk 10.3.1970 (11§) liitteineen, HYKA.

⁵⁶⁴ Oulun lääketieteellinen kiltä 1970.

itsenäisesti ratkaisemaan asiaa, ja strategiana vaikuttaa olleen opiskelijoiden integrointi. Turussa kandidaatteja edustanut opintos sihteeri sai läsnäolo-oikeuden tiedekunnan kokouksissa syksyllä 1968 opintoja koskeissa asioissa ja vuoden 1969 alusta käsiteltäessä kaikkia muita paitsi nimitysasioita. Seuraavana vuonna opiskelijat saivat konsistorin ja kaikkien tiedekuntien kokouksiin kaksi edustajaa, joilla oli läsnäolo- ja puheoikeus ja loppuvuodesta myös äänioikeuden muuten paitsi nimityskysymyksissä ja opinnäytteitä arvosteltaessa. Tämän jälkeen opiskelijaedustajien määrän ja vallan lisäämiseen suhtauduttiin Turun lääketieteellisessä varauksellisesti.⁵⁶⁵ Laitostasolla oli erilaisia vapaaehtoisia järjestelyjä. Esimerkiksi Turun naistenklinikalle oli perustettu vuonna 1968 kerran kuukaudessa kokoontuva laitoskollegio, jossa oli yksi edustaja kustakin lääkiryhmästä, kaksi kandidaattien edustajaa ja ylihoitaja. Professori Lauri Rauramo katsoi *Kollega*-lehdessä, että oli tärkeää hioa opettajien ja opiskelijoiden toiveet yhteen, jotta klinikkaopiskelu olisi tehokasta. Rauramo piti opintodemokratian ideana sitä, että opiskelijoilla oli tilaisuus lausua kantansa opetuksesta ilman, että mielipiteitä käsiteltiin tyytymättömyyden ilmaisuksi.⁵⁶⁶ Radikaalimpaa näkemystä edusti professori Mikko Niemi, joka korosti korkeakoulujen demokratisoimisen merkitystä. Lisäksi Niemi vaati läheisten oppiaineiden yhdistämistä samalle laitokselle eri oppiaineiden välisen integraation ja koordinaation parantamiseksi.⁵⁶⁷

Medisiinariliiton liittokokouksessa vuonna 1969 päätettiin esittää kaikille tiedekunnille, että niiden kokouksiin valittaisiin 10 prosenttia opiskelijoiden edustajia. Tällöin Helsingin tiedekunta hyväksyi LKS:n esittämän viiden opiskelijajäsenen läsnäolo- ja puheoikeuden tiedekunnan kokouksissa.⁵⁶⁸ Samassa yhteydessä apulaisopettajat ja assistentit saivat kokouksiin edustajansa.⁵⁶⁹ Kun LKS:n valtuuskunta valitsi seuran edustajat, käytiin kädenvääntöä radikaalien ja maltillisten välillä. Medisiinarien mielipiteet hallinnonuudistusasiassa olivatkin jakautuneet.⁵⁷⁰ Vuonna 1970 LKS teki vielä esityksiä opiskelijoiden ja muun henkilökunnan edustuksen lisäämisestä, mutta tiedekunta jätti aloitteen odottamaan yleisen hallinnonuudistuksen ratkaisuja.⁵⁷¹ Radikaaleille vaatimuksille ei siis annettu periksi, mutta perinteinen kollegiaalisuus taipui opiskelijoiden mukaan ottamiseen. Vasemmiston vaikutusvallan kasvu ja jyrkentyneet asenteet opiskelijamaailmassa luultavasti vaikuttivat siihen, ettei tiedekunnissa haluttu mennä pidemmälle. Pitkien ja moni-

565 TY lääket. tdk ptk 2.4.1968 (25\$), 14.10.1969 (27\$), 9.12.1969 (8\$), TYKA; Kalimo Hannu: Miehemme tiedekunnassa. *Kollega* 3/1970, 30–36; Myös Tarmio 1993, 196–197. Turkuun tuli vuonna 1975 kolmikan-taperiaatteeseen pohjautunut edustus kaikille hallinnon tasoille.

566 Rauramo Lauri: Kokemuksia vapaaehtoisen laitoskollegion toiminnasta sairaalan puitteissa. *Kollega* 1/1969, 28–30.

567 Niemi Mikko: Laitosdemokratiaa. *Kollega* 2/1969, 34–37; Myös Niemi Mikko: Laitos, departementti ja korkeakouludemokratia. *Duodecim* 16/1969, 919–922.

568 Lääket. tdk ptk 27.1.1970 (43\$) liitteineen, HYKA. Ilmeisesti jo aiemmin tiedekunnan hallintojaostoon oli kuulunut kaksi opiskelijajäsentä.

569 Lääket. tdk ptk 7.4.1970 (11\$), HYKA.

570 Lääket. tdk ptk 10.3.1970 (10–11\$) liitteineen, HYKA; Myös Lehmuskallio Eero: Poliittisen murroksen ilmentyminen LKS:ssa. *Medisiinari* 3/1972, 23–24.

571 Lääket. tdk ptk 19.5.1970 (34\$), 20.10.1970 (47\$), 17.11.1970 (42\$) liitteineen, HYKA.

naisten vaiheiden jälkeen taistelu hallinnonuudistuksesta päättyi mies ja ääni -periaatteen tappioon vuonna 1973.⁵⁷²

Lääketieteellisissä tiedekunnissa opiskelijoilla oli jo pitkään ollut hyvät mahdollisuudet vaikuttaa opintoasioissa ja kandidaattiseuroille oli kertynyt hiljaista tietoa vaikuttamisen keinoista. Medisiinarien kyvyt tarkastella opintoja analyttisesti ja käytännönläheisesti vaikuttavatkin hioutuneen hyviksi. Lauri Rauramo kirjoitti *Kollega*-lehdessä: *"Lääketieteen opiskelijat tuntuvat ilahduttavan hyvin käsittävän, kuinka tärkeää heidän tulevan toimintansa kannalta on pyrkiä saamaan mahdollisimman paljon oppia yliopistovaiheen aikana."*⁵⁷³ Myös *Medisiinari*-lehden vuoden 1968 kurssikohtaisessa opintokritiikissä tuotiin esille runsaasti konkreettisia ja yksityiskohtaisia parannusehdotuksia opintojen järjestelyissä. Tällä kertaa opettajien arvostelu oli jätetty vähemmälle, ja kritiikki oli varsin asiallista. Ehdotuksista tulee hyvin esille, että opiskelijat halusivat valmistautua huolellisesti tulevaan ammattiinsa. Opetusta tarkasteltiin hyötynäkökulmasta: opinto-ohjelma oli tiukka ja opittavaa oli paljon, joten medisiinarien asenne opintoihin oli lähtökohtaisesti kriittinen ja opetuksen arvoa punnitseva.⁵⁷⁴ Taustalla vaikutti ehkä se seikka, joka nousi esille amerikkalaisessa Beckerin, Geerin ym. tutkimuksessa. Siinä havaittiin, että opintojen alkuvaiheen jälkeen lääketieteen opiskelijat tiedostavat, etteivät he voineet oppia kaikkea. Tämän jälkeen heistä tuli valikoivia, ja he keskittyivät opiskelutekniikkaan ja tenteistä selviytymiseen.⁵⁷⁵ Opintokritiikkiä voikin pitää myös medisiinarien pyrkimyksenä hallita opiskelutaakkaa ja suunnata koulutusta optimaalisesti omista ammatillisista tavoitteista käsin.

Vuonna 1969 Helsingin yliopiston opiskelijoille tehdyn kyselyn mukaan medisiinarit olivat tyytyväisimpiä opintojensa kulkuun ja järjestelyihin sekä ylioppilaskunnan toimintaan. Lääketieteen opiskelijat olivat myös suhteellisen haluttomia osallistumaan ylioppilaspolitiikkaan ja suhtautuivat torjuvasti opiskelijoiden protesteihin.⁵⁷⁶ Valtiot. maist. Marjatta Marinin väitöskirjassa vuodelta 1970 syvennyttiin tarkemmin aikakauden avainkäsittein opiskelijoiden vieraantumiseen ja mukautumiseen Helsingin yliopistossa 1960-luvulla. Marin luonnehti lääketieteellistä tiedekuntaa hyväksi opiskelu ympäristöksi, jossa opiskelijoiden integraatio oli korkea ja vieraantuminen vähäistä. Opintodemokratia nähtiin käytännöllisesti, ja suhteet opettajakuntaan olivat hyvät – epäkohtana pidettiin lähinnä mielivaltaisia sanktioita, mikä tuli esille myös *Medisiinari*-lehdissä. Eniten opiskelijoita huoletutti oma opintomenestys, ja tyytymättömyyttä aiheutti kilpailu. Paineita kokivat erityisesti taustaltaan keskiluokkaiset. Medisiinarien koulu- ja ylioppilastutkintomenestys oli erityisen korkea, ja keskeyttäneiden määrä oli vähäinen. Marin totesi,

⁵⁷² Eskola 2002, 310–312.

⁵⁷³ Rauramo Lauri: Kokemuksia vapaachtoisen laitostokollegion toiminnasta sairaalan puitteissa. *Kollega* 1/1969, 28–30.

⁵⁷⁴ Opintokritiikki kurssittain syksyltä 1968. *Medisiinari* 2/1969, 23–32.

⁵⁷⁵ Becker, Geer, Hughes ja Strauss 2007 (1961), 423.

⁵⁷⁶ Häyrynen Yrjö-Paavo: Valinta ihmiskeskisyyteen. *Medisiinari* 4/1970, 27–30; Myös Häyrynen 1970, 36–37.

että kurssimaisissa tiedekunnissa opintoympäristö oli lähempänä koulumaailmaa kuin vapaissa, mikä integroi osaltaan opiskelijat helpommin opintoihin.⁵⁷⁷

Koska olosuhteet opinnoille olivat varsin hyvät, medisiinarien epävarmuuden tunteet liittyivät lähinnä yleisellä tasolla kireään opiskelutahtiin ja keskiluokan osalta mahdollisesti kokemukseen kodin antaman kulttuuripääoman puutteesta.⁵⁷⁸ On myös huomattava, että lääkärin työhön sisältyi jatkuvaa epävarmuutta, jota oli opittava sietämään.⁵⁷⁹ Lääketieteellisessä tiedekunnassa tyytymättömyyttä aiheuttivat Marinin tutkimuksen mukaan etenkin itsenäisen ajattelun ja omien ideoiden arvostuksen sekä vapauden ja valinnanmahdollisuuksien puute. Tyytyväisiä oltiin opiskelijoiden keskinäiseen vuorovaikutukseen. Muiden opiskelijoiden tapaan medisiinarit kysyivät ohjeita ja neuvoja erityisesti toisiltaan. Sen sijaan ohjeiden kysyminen opettajilta ja opintoneuvonta eivät näytelleet kovinkaan suurta roolia, mikä johtunee kurssi- ja isäntäjärjestelmästä – nämä tulokset olivat vuodelta 1962 eli ennen opintouudistusta. Marin totesi, että lääketieteellisestä tiedekunnasta löytyi ”mielipiteenvälittäjä”-opiskelijatyyppejä, joka oli kontaktissa niin opettajiin kuin opiskelijoihin ja joka sekä pyysi että jakoi ohjeita ja neuvoja – tällaisia tyyppejä lienevät ainakin juuri kurssien isännät. Marin yhdisti opiskelusta vieraantumisen yleensä alhaisempaan kotitaustaan. Medisiinarien edullisen kotitaustan vuoksi heidän vieraantumisensa liittyi kuitenkin lähinnä opiskeluympäristöön: toivottiin mahdollisuuksia opiskella laaja-alaisemmin ja vähemmän tiiviisti.⁵⁸⁰

Marinin tutkimus tukee sitä kuvaa, joka lähdemateriaalien perusteella syntyy 1960-luvun lääketieteellisestä tiedekunnasta. Tiivistäen opiskelijoiden tyytymättömyys opintoja, opetusta ja tiedekuntaa kohtaan ilmeni kolmella tavalla. Ensinnäkin kyse oli käytännön opintojärjestelyistä, joiden osalta medisiinarit eivät esittäneet niinkään kritiikkiä vaan yksityiskohtaisia huomioita ja parannusehdotuksia. Toiseksi keskeistä oli valinnanvapauden vähäisyys ja kokemus siitä, ettei tiedekunnassa kannustettu itsenäiseen ajatteluun. Kolmanneksi kyse oli opintojen sisältöjen uudistustarpeista. Opiskelijat vaativat opetukseen humanistisia ja yhteiskuntatieteitä, potilaskeskeisempää suhtautumista sekä yhteiskunnallisen lääketieteen painottamista. Opintojen uudistamiseksi vuosikymmenen lopulla käynnistynyt prosessi osoittaa, että medisiinarien näkemykset alkoivat suodattaa lääkärin kasvatukseen.

577 Marin 1970, 28, 49, 84–91. Keskeyttäneiden määrästä antaa kuvaa, että vuonna 1962 aloittaneista kuuden vuoden kuluttua oli lääketieteellisestä valmistunut 93, yksi opiskeli edelleen, kaksi oli poistunut yliopistosta ja yksi vaihtanut tiedekuntaa, ks. mts. taulukko 40, s. 140.

578 Marin toteaa: ”mitä edullisempi kotitausta ja mitä parempi oppikoulumenestys, sitä paremmat mahdollisuudet monipuoliseen ja runsaaseen toimintaan opiskeluympäristössä”. Marin 1970, 103; Lisäksi Marin toteaa, että lääketieteellisessä kokemus kilpailusta vaikuttaa kertovan opiskelijoiden stressistä, mikä viitanee hänen mukaansa kireään opiskelutahtiin. Marin 1970, 119.

579 Aaltonen 1964, 122–124.

580 Marin 1970, 89–100; 108–133, 202.

Identiteettikriisistä lääkärikoulutuksen uudistukseen

”Lääkärien kiinnostuksen painopiste ja ammatilliset päämäärät ovat yhä enemmän siirtymässä syrjään käytännön potilastyöstä. Lääkärin ihmiskuva pyrkii olemaan yksipuolinen ja mekanistinen ja hänen mahdollisuutensa psykologisesti ymmärtää ja käsitellä potilaitaan sen mukaisesti rajoitetut. -- Lääkärin ammatti-identiteetin uudelleenarvioiminen on siten ajankohtainen. -- Tämän identiteettikriisin ratkaiseminen siihen suuntaan, joka pyrkisi huolehtimaan siitä, että tulevien lääkärien henkilökohtaiset ominaisuudet ja ammattivarusteet vastaisivat modernin terveydenhuollon vaatimuksia, edellyttäisi ilmeisesti tärkeitä tarkistuksia ja muutoksia sekä opiskelijoiden valintaperusteissa että erityisesti koulutusohjelmissa.”

Näin luonnehti psykiatrian dosentti Veikko Tähkä lääketieteen ”identiteettikriisiä” vuonna 1970 keskellä opintouudistuksesta käytyä keskustelua.⁵⁸¹ 1960-luvulla oli syntynyt uudenlainen käsitys lääkärin roolista ja medisiinarien kasvatuksesta. Siihen kuuluivat psyykkisten ja sosiaalisten tekijöiden merkityksen huomioiminen sairauksien osana, elinympäristön yhteydet terveyteen ja sairastavuuteen sekä arvojen ja asenteiden moninaistumisen myötä syntyneet paineet eettiseen uudelleenarvointiin. Suomessa medisiinarit kanavoivat näitä teemoja eteenpäin ja vaativat avoterveydenhuollon, ehkäisevän ja sosiaalilääketieteen opetusta sekä psykologian ja psykiatrian painoarvon kasvattamista ja potilas-lääkärisuhteen käsittelyä opinnoissa. Lisäksi ammattikunnan kulttuuria oli voitava kyseenalaistaa ja arvoja määritellä uudelleen. Hiljaisen tiedon ja tradition rinnalle tuli vaatimus käsitellä asioita virallisen opinto-ohjelman puitteissa.

Muutosprosessin taustalla oli useita tekijöitä, joista yksi liittyi yleiseen korkeakoulupolitiikkaan. Korkeakoululaitoksen keskittäminen opetusministeriön alaisuuteen merkitsi 1960-luvun jälkipuoliskolla sitä, että ensin järjestettiin koulutuksen puitteet ja sitten alettiin vaatia yliopistoilta laadullisia uudistuksia hallinnon, tutkintojen ja opetuksen saralla. Näin valtion vaikutus alkoi ulottua perinteisesti yliopistojen autonomian piirissä olleisiin asioihin. Uudistusvaatimuksia siivittivät kansainvälisesti vertaillen pitkät opintoajat, mutta keskeinen impulssi tuli yliopilailta. Ylioppilaskunnat olivat pitkin 1960-lukua ilmaisseet tyytymättömyyttään opintojen huonoon organisointiin, yksityiskohtaisiin tutkintovaatimuksiin, pakolisiin massaluentoihin ja ohjauksen puutteeseen. Kun komiteatasolla alettiin tarkastella opintojen sisältöjä, kohteena olivat ensin filosofiset ja yhteiskuntatieteelliset alat, joiden opinnoissa nähtiin erityistä tehostamistarvetta. Historioitsija Marja Jalava on todennut, että Pohjoismaissa samoihin aikoihin aloitettujen uudistusten yhteisiä piirteitä olivat tehokkuuden parantaminen, opintoaikojen lyhentäminen ja tutkintojen ammatillisen puolen painottaminen.⁵⁸²

Lääketieteen saralla tiedekunnat olivat itse aktiivisia. Helsingin tiedekunnan uusi opinto-ohjelma oli viety ensimmäisen kerran läpi vuonna 1967. Tuolloin pro-

⁵⁸¹ Tähkä Veikko: Lääketieteen identiteettikriisistä. Medisiinari 4/1970, 15–20.

⁵⁸² Jalava 2012, 69–76, III.

fessori Niilo Hallman piti *Medisiinari*-lehdessä ajankohtaa kypsänä arvioida ohjelmaa. Hallman katsoi sen syntyneen kiireessä ja osoittautuneen osittain vaikeaksi toteuttaa. Erityisesti lukukausien pidentäminen 10 kuukauden mittaisiksi aiheutti opetus- ja opiskeluväsymystä. Hallman pohti opinto-ohjelman kehittämistä ja nosti esille jo pitkään kansainvälisissä keskusteluissa esillä olleen oppiaineiden integroinnin. Opiskelijan olisi saatava kosketus kliniseen lääketieteeseen jo ensimmäisten opiskeluvuosien aikana. Oppiaineiden integrointi vaatisi opettajilta parempaa yhteistyötä ja keskinäistä koordinaatiota. Hallman arveli, että lääkärikoulutuksessa oltiin siirtymässä sellaiseen vaiheeseen, että kaikille yhteinen peruskoulutus lyhenisi ja erikoistuminen alkaisi aiemmin. Myös tutkijan uran vaatimukset oli otettava huomioon esimerkiksi siten, että tutkimustyöhön suuntautuneiden ei olisi välttämätöntä saavuttaa laillistetun lääkärin asemaa.⁵⁸³

1960-luvun jälkipuoliskolla alkoi olla entistä vaikeampaa lisätä opinto-ohjelmaan uusia kurssia, sillä niiden myötä tutkinto oli vaarassa paisua. Tämä tulee esille Helsingin tiedekunnan vuosina 1968–1969 käsittelemistä peruskoulutuksen muutostarpeista. LKS:n ja opintotoimikunnan aloitteesta propedeuttista opetusta ryhdyttiin tarkistamaan, mikä aiheutti ketjureaktion, kun syntyi tarve järjestää uudestaan myös muiden kurssien opetusta.⁵⁸⁴ Tässä yhteydessä tuore psykiatrian professori Kalle Achté esitti psykologian ja psykiatrian opetuksen laajentamista. Opintotoimikunta piti valitettavana, ettei prekliinisessä vaiheessa opetettu psykologiaa ja sosiologiaa, ja psykologian kurssia muutettiin Achten esityksen mukaisesti.⁵⁸⁵ Myöhemmin opinto-ohjelmaan tuli peruskurssi potilaan kohtelusta ja käsittelystä.⁵⁸⁶ Lisäksi farmakologian opetusta organisoitiin uudelleen ja klinisen kemian opetus nivottiin opinto-ohjelmaan.⁵⁸⁷ Uutuuksia olivat myös katastrofilääketieteen kurssi ja seksuaaliopetus.⁵⁸⁸ Sen sijaan sosiologian kurssia ei saatu sovitettua ohjelmaan, koska mikään oppiaine ei halunnut luopua osuudestaan.⁵⁸⁹

Opintojen uudistaminen alkoi peruskoulutuksen sijaan jatkokoulutuksesta. NFMU:n (Nordisk Federation för Medicinsk Undervisning) järjestämissä opetuskokouksissa vuosina 1964 ja 1966 oli päätetty lääkärin jatkokoulutuksen organisoimisesta yhtenäisesti Pohjoismaissa ja sen siirtämisestä yliopistoihin. Helsingin tiedekunta asetti joulukuussa 1967 toimikunnan luomaan jatkokoulutuksen

583 Hallman Niilo: Ajatuksia Helsingin yliopiston lääketieteellisen tiedekunnan opetusohjelmasta ja sen kehittämisestä. *Medisiinari* 6/1967, 10–12.

584 Lääket. tdk ptk 23.4.1968 (5§) liitteineen, HYKA; Propedeuttisen opetuksen uudelleenjärjestäminen osoittautui vaikeaksi, kun kaikki uusi ja tarpeelliseksi koettu sisältö yritettiin sovittaa opinto-ohjelmiin, ks. lääket. tdk ptk 8.10.1968 (5§), 3.12.1968 (13§), 17.12.1968 (6§), 1.4.1969 (30§), 27.5.1969 (13§) liitteineen, HYKA.

585 Achtén esitys liitteenä lääket. tdk ptk 23.4.1968 (6§), HYKA; Myös lääket. tdk ptk 28.5.1968 (24§), HYKA.

586 Lääket. tdk ptk 27.5.1969 (15§), 21.10.1969 (9§), 16.12.1969 (11§) liitteineen, HYKA.

587 Lääket. tdk ptk 21.5.1968 (43§, 45–46§), 28.5.1968 (23§). 8.10.1968 (6§), 29.4.1969 (13§) liitteineen, HYKA.

588 Lääket. tdk ptk 20.5.1969 (9§), 27.5.1969 (11§), 1.4.1969 (27§), 27.1.1970 (16§), 15.12.1970 (52§) liitteineen, HYKA.

589 Opintovolyymit ja opintokritiikit. *Medisiinari* 4/1970, 31–33; Lääkärikoulutuksen nykypulmia. *Medisiinari* 4/1970, 34.

suuntaviivoja. Sen puheenjohtajaksi tuli kirurgian professori Martti I. Turunen.⁵⁹⁰ Toimikunnan asettaminen Helsingissä tutkimaan koko Suomen tilannetta kertoo lääketieteellisten tiedekuntien perinteisestä hierarkiasta. Kuten aiemminkin, Helsingin tiedekunta pyrki ottamaan johtoaseman lääkärikoulutuksen kehittämisessä. Turusen toimikunnan tehtäväksi annettiin jatkokoulutus, jonka osalta ei vielä ollut olemassa valtakunnallisia suuntaviivoja.

Tiedekuntien tapaamisissa oli keskusteltu opintojen uudistamisesta jo vuosi-
na 1966 ja 1967.⁵⁹¹ Kun Turusen toimikunta keskittyi jatkokoulutukseen, Turussa ryhdyttiin pohtimaan peruskoulutuksen uudistamista. Taustalla oli tiedekunnassa jo pitkään esillä ollut uudistustarve, johon liittyivät Opetusministeriön aloitteet opiskelijamäärän korottamisesta.⁵⁹² Valtion tasolla korkeakoululaitoksen suunnittelukomitean neljännen mietinnön runkoluonnoksessa oli esitetty muutoksia tutkintorakenteisiin. Kun Turun tiedekunnassa keskusteltiin mietinnöstä, professori Mikko Niemi esitti tutkinnon uudistamista ja toi esille ajatuksensa eri linjojen muodostamisesta lääkäreitä ja tutkijoita varten. Niemi katsoi, ettei tiedekuntien enää tullut noudattaa Helsingin yliopiston tutkintovaatimuksia, vaan tutkintoihin oli kehitettävä omaleimaisuutta.⁵⁹³ Pian Niemi laati ehdotuksensa kirjalliseen muotoon. Tiedekunnassa kuitenkin todettiin, että uudistusta olisi tehtävä yhteistyössä muiden kanssa. Turun tiedekunta lähetti Niemen aloitteen muille lääketieteellisille tiedekunnille ja ehdotti koko maan yhteisen toimikunnan asettamista.⁵⁹⁴

Aloitteessaan Niemi toi esille, ettei peruskoulutus niveltynyt kunnolla erikoislääkärien koulutukseen eikä tieteelliseen jatkokoulutukseen. Lääketieteen lisen-
siaattitutkinto oli luonteeltaan virkatutkinto eikä vastannut muiden alojen lisen-
siaatin tutkintoja. Jo vuonna 1965 oli Turusta samana vuonna valmistunut Matti Reunanen luonnehtinut lääketieteen lisensiaattia ”20 approbaturin ylioppilaaksi”⁵⁹⁵ ja samaan seikkaan viittasi Niemi: lääketieteen lisensiaatti ei ollut osoittanut sy-
vempiä, laudatur-tason tietoja missään oppiaineessa. Niemi kaavaili alempaa tie-
teellistä tutkintoa keinoksi organisoida tiedekunnista puuttuva järjestelmällinen
tutkijakoulutus ja luoda käytännön lääkärin rinnalle tutkijan urapolku. Ajattelun
taustalla kuului ammatillisuuden tematiikka: kun lääketieteen lisensiaattitutkinto
muodostuisi tieteelliseksi tutkinnoksi, sen rinnalle tulisi lääkärin ammattitutkinto,
*”joka voitaisiin jakaa koruttomasti ja asiallisesti ja päästä samalla tarkoituksettomasta
julkisesta päätöksestä l. publiikista”*.⁵⁹⁶ Esitykseen siis sisältyi tavallaan sekä lääkärin
tutkinnon ”arkipäiväistäminen” että tieteellisen tutkinnon korottaminen.

Helsingissä Niemen ehdotusta tutki professori Turusen toimikunta. Tiedekunta ilmoitti kannattavansa yhteisen toimikunnan perustamista mutta esitti, että se ko-

590 Lääket. tdk ptk 4.12.1967 (35\$) liitteineen, HYKA.

591 TY lääket. tdk ptk 1.2.1966 (14\$), 15.3.1966 (10\$), 6.9.1967 (47\$) liitteineen, TYKA.

592 TY lääket. tdk ptk 10.5.1966 (13\$), 13.12.1966 (13–14\$), 25.4.1967 (13\$) liitteineen, TYKA.

593 TY lääket. tdk ptk 3.10.1967 (8\$), TYKA.

594 TY lääket. tdk ptk 28.11.1967 (23\$), 9.1.1968 (20\$), 23.1.1968 (17\$) liitteineen, TYKA.

595 Reunanen Matti: Opiskelun suunnitelmataloutta. Lääketieteen lisensiaatti – kahdenkymmenen approbaturin ylioppilas. Kollega 5/1965, 50–51.

596 Niemen aloite liitteenä lääket. tdk ptk 27.2.1968 (21\$), HYKA; Myös Niemi Mikko: Lääketieteen lisen-
siaatti devalvoitava. Duodecim 13/1968, 813–816.

koontuisi vasta, kun Turusen toimikunnan erikoislääkärikoulutusta koskeva mietintö olisi valmis. Vastauksessa todettiin, että Helsingin tiedekunta oli ”täysin tietoinen siitä, että lääketieteen opinnot maassamme ovat pääpiirteissään vanhentuneet”.⁵⁹⁷ Tämän jälkeen Turussa päätettiin jatkaa uudistuksen suunnittelemista omassa piirissä, vaikka osa professoreista ilmeisesti olisi pitänyt parempana yhteisen toimikunnan asettamista. Lähdemateriaalien perusteella vaikuttaa siltä, että tiedekuntien välillä ja sisällä käytiin kädenvääntöä siitä, miten ja kenen johdolla uudistusta ryhdyttäisiin tekemään. Keväällä 1968 Turun sisätautiopin professori Pekka Brummer teki ehdotuksen uudeksi opinto-ohjelmaksi. Se oli luonteeltaan lähinnä tekninen ja perustui opintojen suorituspisteisiin, joita esitettiin samoihin aikoihin Opetusministeriön komiteassa.⁵⁹⁸ Huhtikuussa taas Mikko Niemi esitti ehdotuksensa uudeksi tutkintorakenteeksi. Kiinnostavaa on, että siinä oli monia samoja piirteitä kuin Turusen komitean ehdotuksessa, joka julkaistiin toukokuussa.⁵⁹⁹ Avoimeksi kysymykseksi jää, oliko Niemi ollut yhteydessä Turusen komiteaan vai olivatko pohdinnat luonnostaan samansuuntaiset. Luultavasti Helsingin ja Turun professorit keskustelivat opintouudistuksesta myös epävirallisesti ja ehdotukset vaikuttivat toisiinsa. Joka tapauksessa opintojen uudistusprosessi Turussa keskeytyi syksyllä 1968 sisäisten erimielisyyksien vuoksi.⁶⁰⁰

Turusen toimikunnan mietinnöstä tuli tutkinnonuudistuksen lähtökohta. Toimikunta totesi, että sen varsinaista tehtävää, suunnitelmaa jatkokoulutuksen järjestämisestä yliopistoissa, ei ollut mahdollista toteuttaa ilman syvälleikäviä muutoksia peruskoulutuksessa. Näin ollen toimikunta oli päätenyt hahmottelemaan uudenlaista kokonaistutkintorakennetta. Mietinnössä todettiin, että lääketieteen opinnot olivat pidentyneet, tutkinto paisunut ja opetus keskittynyt liiaksi erikoistapauksiin. Lisensiaattitutkinto ei vastannut enää yleislääkäreiden tarpeita, joten kaikille sama perustutkinto alkoi näyttää epätarkoituksenmukaiselta. Toimikunta esitti opintoihin linjakokoa yleis-, erikois- ja tutkijalääkäreitä varten. Ajatus oli, että lääkärit pääsääntöisesti hakeutuisivat jatkokoulutukseen. Kaikki oppiaineet säilyivät koulutuksessa, mutta opetuksen syvyyssaste vaihteli siten, että yleisten *approbatur*-tason opintojen jälkeen kandidaatti siirtyisi joko yleis-, erikois- tai laboratoriolääkärilinjalle. Erikoislääkärikoulutus olisi lisensiaattitutkinnon jälkeistä *laudatur*-tason koulutusta valitulla linjalla. Muutokset koskivat siis oppiaineiden volyymeja: opintojen sisältöjä supistamalla ja oppiaineita toisiinsa integroimalla voitaisiin voimavaroja suunnata syvemmän tason koulutusasteille. Amanuenssuuri

597 Lääket. tdk ptk 26.3.1968 (40§) liitteineen, HYKA.

598 TY lääket. tdk ptk 19.3.1968 (18§), 2.4.1968 (20§), 28.5.1968 (30§) liitteineen, TYKA; Tiedekunta kannatti suorituspistejärjestelmää, ks. lausunto Korkeakoulukomitean I mietintöön liitteenä TY lääket. tdk ptk 11.2.1969 (21§), TYKA; Uudistuksen taustasta yleisesti ks. esim. Eskola 2002, 321 ja Jalava 2012, 71–77.

599 Niemen ehdotus liitteenä TY lääket. tdk ptk 16.4.1968 (19§), TYKA.

600 Tämä tulee ilmi myöhemmin, kun tiedekunta keskusteli opintouudistuksen saamista käänteistä ja päätti lakkauttaa vuonna 1968 asettamansa toimikunnan, ks. TY lääket. tdk ptk 14.10.1969 (14§), TYKA.

nivoutui opintoihin kaikille pakollisina sisätautien ja kirurgian palveluina sekä vapaavalintaisina osioina.⁶⁰¹

Turusen toimikunnan mietinnössä tuli esille useita pidempiaikaisia kehityslinjoja: perusluonnontieteiden osuus tutkinnossa supistui edelleen, linjajako vastasi erikoistumisen yleistymiseen ja laajaa amanuenssuuria jatkettiin uusin painotuksin. Medisiinarien kasvatuksen kannalta esitys tuki erikoistumiskehitystä, mutta samalla yleislääkärin toiminta korotettiin erikoisalojen kanssa samalle tasolle omaksi spesialiteetiksi. Tieteellinen tutkimus sai korostetun painoarvon, kun sitä varten esitettiin omaa linjaa. Syksyllä 1968 ilmestyneessä toimikunnan toisessa osamietinnössä avattiin laajemmin koulutukseen heijastuneita muutoksia lääkintähuollossa, lääketieteessä ja lääkärille asetetuissa vaatimuksissa. Toimikunta viittasi kansainvälisiin ehdotuksiin, kuten WMA:n vuoden 1966 lääketieteen opetuskonferenssin materiaaleihin ja eri maissa toteutettuihin opintouudistuksiin. Mietinnössä esitelty kansainväliset esimerkit tuovat esille, että kaikkialla painittiin lääketieteen tutkintojen paisumisen ja pitkien opintoaikojen kanssa. Uudistuksissa korostuivat oppiaineiden integrointi, valinnan mahdollisuuksien lisääminen jo ennen erikoistumista ja opetuksen sisältöjen muuttaminen.⁶⁰²

Samoja teemoja pohdittiin Ruotsissa, jossa ilmestyi vuonna 1967 valtionkomitean raportti lääkärikoulutuksen kehittamisestä. Ajatuksena oli säilyttää kaikille sama peruskoulutus, jonka jälkeen tuli vielä suorittaa pakollinen harjoittelu (AT-palvelu eli ”*allmäntjänstgöring*”) ennen laillistamista. Opetuksessa pyrittiin uusiin kokonaisuuksiin: eri oppiaineiden yhteisopetukseen ja aiheopetukseen. Tärkeää oli sidottuun opintojärjestykseen siirtyminen, sillä Ruotsissa oli aiemmin vallinnut Suomea vapaampi systeemi. Laillistukseen vaadittiin lääketieteen lisensiaattitutkinto, AT-palvelu ja sosiaalihallitukselle suoritettava lääkärintutkinto.⁶⁰³ Opintouudistus toteutettiin Ruotsissa vuonna 1969, ja samassa yhteydessä uudistettiin pohjoismaisten sopimusten mukaisesti erikoislääkärikoulutusta. Komiteamietinnön mukaisesti vastuu loppututkinnosta ja laillistamisesta tuli sosiaalihallitukselle ja ne irrotettiin lisensiaatin tutkinnosta.⁶⁰⁴

Helsingissä lääketieteellinen tiedekunta hyväksyi Turusen toimikunnan työn suuntaviivat, ja opetusohjelman tarkempi suunnittelu aloitettiin alkuvuodesta 1969. Mukaan otettiin apulaisprofessorien ja -opettajien, yleis- ja kunnanlääkärien sekä opiskelijoiden edustajia.⁶⁰⁵ Opiskelijoiden näkemyksen suunnitelmasta esitti *Medisiinari*-lehdessä LKS:n puheenjohtaja Timo Telaranta. Hänen mukaansa suurin ongelma opinto-ohjelmassa oli, ettei medisiinarille muodostunut kokonaisnäkemystä. Turusen toimikunnan mietintöön olisi kaivattu kuitenkin vielä enemmän

601 Alustava mietintö perus- ja jatkokoulutuksen kehittamisestä liitteenä lääket. tdk ptk 21.5.1968 (39\$), HYKA.

602 Toinen osamietintö liitteenä lääket. tdk ptk 19.11.1968 (23\$), HYKA; Myös prof. Harald Teirin matkakertomus lääkärikoulutuksen kolmannelta maailmankongressista liitteenä lääket. tdk ptk 16.5.1967 (12\$), HYKA.

603 Läkares grundutbildning och vidareutbildning 1967, 268–275.

604 Sjöstrand 2003, 342–346.

605 Lääket. tdk 28.1.1969 (17\$), 11.2.1969 (12\$) liitteineen, HYKA.

perustieteiden opetuksen integroimista klinisiin kursseihin.⁶⁰⁶ Uudistusta niinkään pohtinut Medisiinariliitto taas piti tärkeänä tiedekuntien yhtenäistä ohjelmарunkoa, varhaista linjajakoa, opiskeluajan lyhentämistä sekä yhteiskuntatieteiden ja psykologian lisäämistä vapaaehtoisina aineina tutkintoon.⁶⁰⁷

Yksi tärkeä kysymys, jonka Turusen komitean mietintö oli jättänyt avoimeksi, oli lääkärin laillistamisen ajankohta. Asian nosti esille professori Johan Järnefelt, joka ehdotti, että lisensiaattitutkinto johtaisi vain oikeuteen toimia lääkärinä alistetussa asemassa. Tämä ns. osalaillistaminen mahdollistaisi oppiaineiden sisältöjen supistamisen, laajemman valinnanvapauden ja pakottaisi myös yleislääkäriksi haluavat erikoistumaan alalleen.⁶⁰⁸ Osalaillistamista pohdittiin vuonna 1969 tiedekuntien yhteistapaamisissa. *Medisiinarissa* julkaistiin ilmeisesti tämän kokouksen alustukset. Professori Niilo Hallman piti osalaillistusta mahdollisena ratkaisuna tapauksissa, joissa lisensiaatti ei jatkaisi suoraan erikoiskoulutukseen. Oleellista oli, että täysin oikeuksin laillistetulla lääkäriellä olisi takanaan riittävä määrä ohjattua käytännön lääkäritoimintaa.⁶⁰⁹ Turun yliopiston professori Pekka Brummer taas piti osalaillistusta käytännön järjestelynä, jotta lisensiaatit voisivat toimia apulaislääkäreinä ja hoitaa lyhytaikaisia viransijaisuuksia.⁶¹⁰ Tekniseltä kuulostava problematiikka sisälsi uudistuksen ydinkysymyksen: tulisiko vasta erikoiskoulutuksen suorittaneista täysin oikeuksin varustettuja lääkäreitä? Tämä ajatus sisältyi Turusen komitean ehdotukseen, vaikka sitä ei suoraan sanottu.

Kaikki maan lääketieteelliset tiedekunnat hyväksyivät keväällä 1969 yhteisessä kokouksessaan Turusen toimikunnan suunnitelman alustavaksi pohjaksi uudistukselle, jonka todettiin olevan kiireellinen tehtävä. Toimikunta velvoitettiin jatkamaan valmistelua ja sen katsottiin voivan toimia kaikkien tiedekuntien yhteisenä elimenä.⁶¹¹ Korkeakouluneuvoston esityksestä opetusministeriö asetti kuitenkin kokonaan uuden Lääketieteen opintouudistustoimikunnan (LOT) jatkamaan työtä. Toimikunnan tehtäväksi tuli suunnitella lääketieteellisten tiedekuntien tutkinto- ja opintojärjestyksen uudistaminen sekä laatia yksityiskohtainen opetusohjelma ja aikataulu siihen siirtymiseen. Toimikunnan puheenjohtajaksi nimitettiin Helsingin yliopiston pediatrian professori Niilo Hallman ja sen jäseniksi tulivat Turun yliopiston röntgenologian professori Pekka Virtama, Oulun yliopiston farmakologian professori Niilo Kärki, Helsingin yliopiston farmakologian apulaisprofessori Mauri Mattila, LKT Kari Puro, joka oli aktiivinen SDP:n terveystaloudellisessa työryhmässä, lääket. kand. Peter Floman Medisiinariliitosta, lääkintöneuvos Antti

606 Telaranta Timo: Opintoja uudistamaan! Medisiinari 3/1969, 16–19.

607 Pääkirjoitus: Suunnittelua. Kollega 3/1969, 7–8; Pekkarinen Jorma: Suunnanmäärittystä. Kollega 3/1969, 51.

608 Järnefeltin ehdotus liitteenä lääket. tdk ptk 11.2.1969 (12\$), HYKA.

609 Hallman Niilo: Ajatuksia amanuenssipalvelusta. Medisiinari 3/1969, 10–11; Tiedekuntien yhteisen kokouksen ohjelma liitteenä TY lääket tdk ptk 11.3.1969 (13\$), TYKA.

610 Brummer Pekka: Osalaillistaminen. Medisiinari 3/1969, 14.

611 Telaranta Timo: Opintoja uudistamaan! Medisiinari 3/1969, 16–19; Niilo Hallman: Ajatuksia amanuenssipalvelusta. Medisiinari 3/1969, 10–11; Lääket. tdk ptk 29.4.1969 (18\$) liitteenä, HYKA; Oulun lääket. tdk:n kirje liitteenä lääket. tdk ptk 16.9.1969 (10\$), HYKA; TY lääket. tdk ptk 20.5.1969 (58\$) liitteenä, TYKA.

Marttila lääkintöhallituksesta ja sihteeriksi lääket. kand. Harri Kallio. Virtaman tilalle tuli myöhemmin Turun yliopiston keuhkotautien professori Eero Tala.⁶¹²

Lääketieteen opintouudistuksen keskeiseksi hahmoksi tuli LOT:n puheenjohtaja Niilo Hallman, jota pidettiin uudistusmielisenä ja opiskelijamyönteisenä. Hallman oli ollut alusta asti mukana Helsingin tiedekunnan opintokollegiossa ja vuosina 1963–1969 sen puheenjohtajana, joten hänellä oli pitkä kokemus opetuksen kehittamisestä. Hallman toimi myös varadekaanina vuosina 1966–1969 ja Lääketieteen opiskelijoiden asuntola- ja tukisäätiön hallituksen puheenjohtajana. Erityisesti juuri opintoasiat kiinnostivat Hallmania, joka nosti tiedekunnassa usein esille opintojen systematisoimiseen ja opetuksen parantamiseen liittyviä asioita, kuten opetusansioden arvostamisen. Hallman oli laajasti aktiivinen ja verkostoitunut niin lääkärikunnassa kuin yliopistolla yli tiedekuntarajojen. Hallman on itse todennut muistelmissaan, että tiedekunnassa vallitsi 1960-luvun jälkipuoliskolla muutosvastarintainen tunnelma, jossa oman aineen eduista pidettiin tiukasti kiinni. Hallmanin lisäksi toinen opintouudistuksen keskeinen vaikuttaja oli LKT Kari Puro, josta sittemmin vuonna 1973 tuli sosiaali- ja terveystieteiden ministeriön kansliapäällikkö.⁶¹³

Lääketieteen opintouudistustoimikunnan nimityksen myötä uudistusprosessi siirtyi pois Helsingin tiedekunnan käsistä. Helsingin yliopisto menetti muutoinkin 1960-luvun lopulla asemiaan korkeakoululaitoksen laajetessa ja opetusministeriön keskitetyn suunnittelun ulottuessa aiemmin yliopiston autonomian piirissä olleisiin asioihin.⁶¹⁴ Lääkärikoulutuksen ominaispiirre oli ollut, että tiedekuntien lisäksi ammattikunta oli osallistunut sitä koskevaan keskusteluun. Vuonna 1967 professori Harald Teir arvioi *Lääkärilehden* haastattelussa, että kaikkialla maailmassa sekä opiskelijat että ammattikunta osallistuivat koulutuksen kehittämiseen. Lisäksi yhteiskunnan kiinnostus koulutusmääriä ja -sisältöjä kohtaan oli kasvanut.⁶¹⁵ Suomessa LOT:n asettamisen myötä lääkärikoulutuksesta tuli vilkkaan keskustelun kohde. Lääkäriliittokin aktivoitui, perusti vuonna 1969 koulutusvaliokunnan ja palkkasi pian myös koulutussihteerin.⁶¹⁶ Lääkäriliitto linjasi, että peruskoulutuksen oli pysyttävä lääketieteellisen ja sosiaalisen kehityksen tasalla, että opetuksen tavoitteet, sisältö ja menetelmät oli sopeutettava vastaamaan vallitsevia olosuhteita ja että koulutuksen kesto ja laajuus oli tutkittava. Liitto kannatti erillistä yleislääkärin erikoiskoulutusta mutta muistutti, että myös peruskoulutuksessa oli lisättävä yleislääkärinä palvelevaa osuutta⁶¹⁷ Medisiinariliiton aloitteesta perustettiin vuonna 1970 eri tahojen välinen lääketieteen opetuksen neuvottelukunta.⁶¹⁸

612 LOT 1971, 1–2, 11–12; Puron taustasta haastattelu Kari Puro 8.6.2009; Floman oli Thoraxin vuoden 1970 puheenjohtaja, ks. Medicinarklubben Thorax 2011, 115 (liitteet).

613 Korppi-Tommola (toim.) 1991, 65–70; Hallmanin ansioista, ks. Suomen Lääkärit 1972; Hallmanin roolista tiedekunnassa ks. esim. lääket. tdk ptk 17.12.1957 (45\$), 8.10.1963 (54\$), 27.4.1965 (48\$), 11.10.1966 (3\$), 7.12.1966 (5\$), 15.4.1969 (8\$), 18.11.1969 (31\$), 2.12.1969 (12\$), HYKA; Haastattelu Kari Puro 8.6.2009.

614 Klinge 1990, 250.

615 Lääketieteen opetus murrosvaiheessa. Professori Harald Teir haastateltavana. SLL 30/1967, 2237–2240.

616 Aalto 2010, 121.

617 Lääkäriliiton valtuuskunnan ptk 21.12.1968 (18\$), SLA.

618 Lääket. tdk ptk 4.11.1969 (6\$), 10.2.1970 (34\$), 7.4.1970 (34\$), 26.5.1970 (9\$), 25.8.1970 (13\$) liitteineen, HYKA.

LOT, ihanteet ja todellisuus

Medisiinari-lehden kevään 1970 koulutusnumeron pääkirjoituksessa arvioitiin lääkärin roolin muutosta otsikolla ”Salaperäisestä poppamiehestä potilaan lääketieteelliseksi neuvonantajaksi”. Pääkirjoituksessa pohdittiin potilas-lääkärisuhdetta ja kannettiin huolta inhimillisyydestä: ”Roolista ovat karisemassa pois sen filantrooppinen luonne kutsumuslähtökohtineen samoin kuin ammattiin liittyvä maaginen salaperäisyys.” Tilalle oli tullut ammatillisesti ja tieteellisesti painottunut asiantuntijuus. Vaikka kuvitelmat lääkärin yliluonnollisista kyvyistä olivat mennyttä, potilaat odottivat lääkäreiltä yhä emotionaalista tukea.⁶¹⁹ VTT Yrjö-Paavo Häyrynen kietytti vuonna 1970, että lääkärikoulutuksesta käyty keskustelu oli tiivistynyt kahteen teemaan, jotka olivat suuntautuminen yhteiskuntaan ja ihmiskeskeisyys.⁶²⁰ Nämä olivatkin opintouudistuksen peruselementit. Hiljaisen tiedon näkökulmasta tärkeä muutos oli, että synnynnäisen kutsumuksen sijaan puhuttiin inhimillisyydestä opittavana taitona.

Keskustelussa uudistuksesta huomio suunnattiin koulutuksen sisältöön, opetusmenetelmiin, oppimiseen ja tavoitteisiin. *Medisiinari*- ja *Kollega*-lehtien tarkastelu osoittaa, että lääketieteen opiskelijat jakoivat suunnitteluoptimismin, asiantuntija- ja tiedeuskon, ammatillista hyötyä painottavan koulutusnäkökulman ja koulumaisen yliopistokäsityksen. Opiskelijat toivoivat, että uudistuksessa analysoitaisiin koulutuksen tavoitteet. Siinä oli tehtävä yksityiskohtaisen opetusohjelman lisäksi esitykset opiskelijavalinnan perusteista, opettajien pedagogisesta koulutuksesta, opetusmenetelmien kehittämisestä ja koulutuksen tutkimuksen organisoinnista. Uudistuksen tuli luoda edellytykset jatkuvalla kehittämiselle ja arvioimiselle. Koulutusta oli tarkasteltava oppimisen näkökulmasta. Opetuksen laadun parantamiseksi toivottiin, että opetusansioille annettaisiin suurempi arvo virantäytöissä.⁶²¹ Kun suuret linjat olivat auki, muutoksia tapahtui ruohonjuuritasolla. Psykiatrian professori Kalle Aché ajoi läpi useita uudistuksia klinikassaan: lääkärin valkoisista takeista luovuttiin, suuret kierrot lopetettiin ja vanhanaikaisia hoitotapoja uudistettiin. Toimenpiteet modernisoivat myös opetusta.⁶²²

Keväällä 1970 Medisiinariliitto järjesti Lääkärikoulutus-symposiumin, jonka alustuksista ja muista artikkeleista koottiin *Medisiinari*-lehden koulutusnumero. Alustajat ja medisiinarit tarkastelivat koulutusta ammatillisena kasvatuksena ja pohitivat lääkäri-identiteetin rakentumista. Ihanteeksi asetettiin avohoidossa työskentelevä yleislääkäri. Verrattuna 1950-luvun kunnanlääkäriin 1970-luvun alun ihanne oli yhteiskunnan palveluksessa työskentelevä lääkäri, jonka keskeinen tehtävä oli ennalta ehkäisevä terveydenhuoltotyö. Tämän ihanteen täyttämiseksi opetuksen

619 Pääkirjoitus: Salaperäisestä poppamiehestä potilaan lääketieteelliseksi neuvonantajaksi. Katoaako inhimillisuus? *Medisiinari* 4/1970, 9.

620 Häyrynen Yrjö-Paavo: Valinta ihmiskeskeisyyteen. *Medisiinari* 4/1970, 27–30.

621 Elonen Erkki: Opintomielelmiä. *Medisiinari* 9/1969, 12; Kuuskoski Eeva ja Rimpelä Matti: Pääkirjoitus. *Kollega* 3/1970, 5–6; Rimpelä Matti: Opetuksen tavoiteanalyysi – sanahelinää vaiko opetussuunnittelun perusta. *Kollega* 3/1970, 7–13; Opintovolyymit ja opintokritiikit. *Medisiinari* 4/1970, 31–33; Laakso Reijo: Luento – kalliin ajan väärinkäyttöä. *Kollega* 6/1970, 21–25; Opetusansioiden huomiomisesta myös Niemi Mikko: Laitos, departementti ja korkeakouludemokratia. *Duodecim* 16/1969, 919–922.

622 Aché 1999, 205–210.

painopisteet ja toteutustavat oli määriteltävä uudelleen. Ensinnäkin koulutuksessa oli pystyttävä vastaamaan kroonisten sairauksien yleistymiseen. Sairauksien hoitamisesta lääkkeillä oli siirryttävä painottamaan ennaltaehkäiseviä toimia hyvinvoinnin ylläpitämiseksi. Kansanterveysajattelun mukaisesti lääkärin piti pystyä välittämään potilaille tietoa heidän elintapojensa ja valintojensa vaikutuksista terveyteen. Toiseksi opetuksen sairaalakeskeisyyttä oli vähennettävä, sillä yliopistosairaaloiden tieteelliset ja tekniset tutkimusmahdollisuudet sekä keskittyminen erikoistapauksiin eivät antaneet oikeaa kuvaa lääkärin työstä. Kolmanneksi medisiinarien oli opittava hyvää potilas-lääkärisuhdetta ja laajennettava ihmiskäsitystään. Opettajien oli tiedostettava vastuunsa potilassuhteen esimerkkeinä opiskelijoille.⁶²³

Lääkärinuran lähtökohta, sisäänpääsy tiedekuntiin nousi myös uudistuslistalle. Jälleen kerran medisiinarit vaativat, että tiedekuntiin tulisi ottaa ”monipuolisempaa opiskelija-ainesta”.⁶²⁴ Suomessa lääkärin ammatti oli yhä 1960-luvulla yksi nuorten toiveammateista ja tiedekuntaan pääsyä pidettiin arvostettuna saavutuksena. Valit-
tuja yhdistivät yläluokkainen sosiaalinen tausta, koulun matematiikkalinja ja erinomainen koulumenestys. Monille lopullisen sysäyksen ammatinvalintaan oli antanut lääkärinä toimiva sukulainen tai perheenjäsen. Tutkimuksissaan tiedekuntaan hakeutuvista VTT Yrjö-Paavo Häyrynen luokitteli erilaisia ”lääkärityyppejä”. Hän totesi naispyrkijöiden olevan älyllis-teoreettisesti ja luonnontieteellis-teknologisesti mutta myös voimakkaasti ihmisiin suuntautuneita. He olivat määrätietoisia ja ottivat tietoisesti etäisyyttä perinteisten sukupuoliroolien mukaisiin ammatteihin edustaen ”jonkinlaista itsenäistä *‘careerwoman’-asennetta*”. Miespyrkijöiden motivaatio perustui matemaattis-luonnontieteelliseen suuntautumiseen sekä korkeaan kunnianhimoon ja suoritustarpeeseen. Häyrynen totesi, että karsinnat suosivat luonnontieteellistä ja älyllis-teoreettista tyyppiä, eivät niinkään ihmiskeskeisiä, sosiaalisesti ja humanistisesti suuntautuneita. Lääkärin ammattiin liitettiin yleisesti ahkeruus, tarkkuus ja älyllinen jäsentelykyky, joita karsintakin suosi. Häyrynen painotti, että valittujen profiilin laajentamiseksi ”ihmiskeskeisempään” suuntaan oli monipuolistettava mielikuvaa lääkärin perustyyppistä. Toinen mahdollisuus oli lieventää karsintajärjestelmän fyysis-matemaattista painotusta ja suorituseskeisyyttä. Varsinaiseen luonnetutkimukseen karsinnassa Häyrynen suhtautui skeptisesti. Lisäksi oli huomattava, että vaikka tiedekuntaan hakeutui myös niitä, jotka edustivat yhteiskunnallista ja humanistista suuntautumista, karsintakurssit ja prekliiniset opinnot muodostivat sellaisen ”*rite de passage*”, jonka aikana nämäkin opiskelijat turhautuivat ja kyynistyivät. Myöhemmissä opinnoissa tapahtui jonkinlaista palau-

623 Lääkärikoulutuksen nykypulmia. Medisiinari 4/1970, 34; Heikkinen Eino: Terveystieteiden uudet tehtävät ja lääkärikoulutuksen tavoitteet. Medisiinari 4/1970, 52–53; Somer Hannu: Potilas-lääkärisuhde tutkimusten valossa. Medisiinari 4/1970, 11–14; Tähkä Veikko: Lääketieteen identiteettikriisistä. Medisiinari 4/1970, 15–20; Kalimo Hannu: Lääkärikoulutus Suomessa 1960-luvulla. Medisiinari 4/1970, 56–58; Lääkärikoulutus-symposiumin ohjelma liitteenä lääket. tdk ptk 10.2.1970 (34§), HYKA; Myös Pylkkänen Kari: Suo siellä, vetelä täällä – psykiatrian opetuksen syövereitä. Medisiinari 9/1970, 33–34; Myös Korppi-Tommola 1991, 69–70.

624 Lääkärikoulutuksen nykypulmia. Medisiinari 4/1970, 34.

tumista potilaskokemuksien myötä.⁶²⁵ Nämä huomiot ovat samansuuntaisia Beckerin, Geerin ym. vuonna 1961 julkaistun tutkimuksen kanssa.⁶²⁶

Tiedekunnat pyrkivätkin uudistamaan opiskelijavalintoja. Vuonna 1972 Helsingissä muutettiin valintaperusteita siten, että asevelvollisuuspisteet ja vanhojen ylioppilaiden vähennyspisteet poistettiin. Niiden tilalle asetettiin erilaiset kiintiöt. Samalla karsintakursseista luovuttiin, ja tämän jälkeen sisäänpääsy perustui ylioppilastutkintotodistuksesta saataviin pisteisiin ja valintakokeisiin. Jo seuraavana vuonna valintakokeita yhtenäistettiin lääketieteen oppilasvalintatoimikunnan esittämien suositusten pohjalta. Silti eri tiedekuntien pääsykokeissa oli vielä eroavuuksia, jotka kuvastivat tiedekuntien erilaisia profileja. Aineyhdistelmät vaihtelivat siten, että Helsingissä, Oulussa ja Turussa suoritettiin kuulustelut biologiassa, fysiikassa, kemiassa ja psykologiassa, Tampereella näiden lisäksi yhteiskuntatieteissä ja Kuopiossa biologiassa, fysiikassa ja yhteiskuntatieteissä⁶²⁷. Eri ryhmille oli erilaisia kiintiöitä, ja Kuopiossa ja Tampereella oli kiintiöt terveydenhuoltoalan opistotasaisen tutkinnon suorittaneille. Vuonna 1974 tehty tutkimus osoitti, että Helsingin lääketieteellinen linja oli suosituin hakukohde. Helsinkiin pyrkijöistä puolet oli laudatur-ylioppilaita ja Turkuun pyrkijöistä 40 prosenttia. Oulussa luku oli 35 prosenttia ja Tampereella ja Kuopiossa neljänneksen. Valintaprosessi suosi voimakkaasti laudatur-ylioppilaita, joita oli Turkuun valituista jopa 93 ja Helsinkiin valituista 89 prosenttia. Tutkimus osoitti, että Tampereella oli pystytty luomaan tasaisemmat mahdollisuudet eri ylioppilaille päästä tiedekuntaan, sillä kielilinjalta tulijoiden osuus oli suurempi kuin muualla ja työväestön lapsia pääsi Tampereen tiedekuntaan selvästi enemmän kuin muualle.⁶²⁸

Keväällä 1968 LKS teetti tutkimuksen Helsingin yliopiston lääketieteen opiskelijoille heidän ammattiodotuksistaan ja suuntautumisestaan. Lisäksi tiedusteltiin lääkärin etiikkaan ja terveystalouteen liittyviä mielipiteitä⁶²⁹. Risto Jaakkolan tekemä tutkimus tuo esille 1960-luvun medisiinarin kuvaa tulevasta ammatistaan. Lääkäri nähtiin edelleen ennen kaikkea ammattina, jossa oli mahdollista auttaa muita (37 % vastaajista). Lisäksi sitä pidettiin ammattina, jossa oli tehtävä ankarasti töitä (22 %) ja joka oli yhteiskunnalle hyödyllinen (18 %). Vain 16 prosenttia vastaajista korosti statuspuolta, lähinnä arvostusta ja muutamat myös suuria tuloja. Vastaajista kaikkiaan 59 prosenttia halusi ensisijaisesti toimia potilastyössä, vaikka se olisi rutiininomaista, kun taas 41 prosenttia valitsi vaihtoehdoksi lääketieteellisesti kiinnostavat ongelmat potilaskontaktien sijaan. Opintojen aikaisista kehityskuluista nousi esille, että usko lääkärin mahdollisuuksiin parantaa laski koko ajan

625 Häyrynen Yrjö-Paavo: Lääketieteen opiskelija: valikoituminen tiedekuntaan ja opintouran alkutapah-
tumet. Medisiinari 2/1969, 11–15; Häyrynen Yrjö-Paavo: Valinta ihmiskeskisyyteen. Medisiinari 4/1970,
27–30; Myös Häyrynen 1970, 36–37; Helsingin tiedekunnassa suoritettiin soveltuvuustestit kesällä 1969
koemielessä, ks. lääket. tdk ptk 10.9.1968 (5\$), 19.11.1968 (36\$), 16.9.1969 (179\$), 8.9.1970 (25\$) liitteineen,
HYKA.

626 Becker, Geer, Hughes ja Strauss 2007 (1961), 420–425.

627 Turussa ja Tampereella pyrkijät saattoivat jättää osallistumatta yhteen kokeeseen. Epäsuosituin oli mo-
lemmissa paikoissa psykologia ja Tampereella myös fysiikka.

628 Merikoski ja Parjanen 1974, 5–7, 11–12, 15, 23, 26. Taulukot 6, 15 ja 16; Lääketieteen oppilasvalintatoimi-
kunnan mietintö II, 17–27, 38–40.

629 Tutkimuksen otos oli 389 opiskelijaa, joista 343 vastasi kyselyyn eli vastausprosentti oli 88,2.

saavuttaen pohjalukemat amanuenssivaiheen kandidaattien keskuudessa. Samalla erikoistumispyrkimykset lisääntyivät, minkä Jaakkola arveli kertovan pyrkimyksensä taata osaaminen ainakin yhdellä alalla.⁶³⁰ Tämä tulos on jälleen samansuuntaisen kuin Beckerin, Geerin ym. tutkimuksessa, jossa todettiin erikoistumishalujen perustuvan siihen, että lääkärit halusivat auttaa potilaitaan mahdollisimman hyvin. Yleislääkärin tehtäväkenttä vaikutti tämän tavoitteen toteuttamiseen liian laajalta.⁶³¹

Tutkimukset osoittavat, että 1960-luvun lääkärit olivat sisäistäneet näkemyksen lääkärin työn yhteiskunnallisista ulottuvuuksista inhimillisen puolen lisäksi. Ammattikunnan kulttuurin, käytäntöjen ja lääkärin roolin käsittely murrosaikana muutti hiljaista tietoa näkyväksi. Tämä tulee esille LKS:n terveydenhuoltopoliittisen työryhmän loppuvuodesta 1969 järjestämästä keskustelutilaisuudesta, jossa oli mukana useita professoreita. Lääkäriskoulutusta tarkasteltiin optimaalisen potilas-lääkärisuhteen valossa. Professorit määrittelivät lääkärin ihanteellisia ominaisuuksia 1960-luvun hengessä: oli huomioitava potilas kokonaisuutena ja ihmisenä. Tärkeää oli hyvä, erikoistunut ammattitaito ja kiinnostus yhteiskuntaa kohtaan. Keskustelussa tarkasteltiin mahdollisuuksia opettaa oikeaa potilas-lääkärisuhdetta. Näkemyksissä yhdistyivät perinne ja murros. Professori Harald Teirin mielestä potilas-lääkärisuhdetta opittiin vanhaan tapaan parhaiten seuraamalla kokenutta lääkäriä ryhmäopetuksessa klinikalla. Nils Oker-Blom korosti niin ikään esikuvien merkitystä, mutta katsoi, että opettajat tarvitsivat myös opetusta asiassa. Niilo Hallman piti tärkeänä perustietojen hankkimista humanistisista tieteistä. Murrosta edusti Kalle Achté, joka hahmotteli modernia opetusta asiassa. Koulutuksen kehittämisessä ilmeni painopiste-eroja siinä, minkä verran viralliseen opinto-ohjelmaan katsottiin voitavan ottaa mukaan muiden tieteenalojen opintoja. Kandidaattien muutamia vuosia aiemmin esille nostamat vaatimukset psykologian ja sosiologian opinnoista olivat saaneet nyt professorit puolelleen. Kuten Teir totesi, tiedekunnassa vastustus koulutuksen yhteiskunnallistamista kohtaan oli vähentynyt.⁶³²

Nämä teemat löivät läpi, kun lääketieteen opintouudistustoimikunnan mietintö ilmestyi vuonna 1971. LOT merkitsi uuden aikakauden alkua. Vaikka LOT ja siitä alkanut prosessi ovat tämän tutkimuksen ulkopuolella, on syytä lyhyesti tarkastella sitä, miten murros kanavoitui mietintöön. Kasvatustieteilijä Annikki Järvinen on tiivistänyt, että uudistuksen taustalla oli kansainvälisiä lääkärikoulutuksen trendejä. Tärkeä seikka oli opiskelijoiden oppimistaitojen ja lääkäriksi kasvamisen tukeminen.⁶³³ LOT:n ehdottama lääkärikoulutuksen rakenne nojautui Helsingin tiedekunnan Turusen komitean mietintöön. Perusajatus oli, että kaikki lääkärit erikoistuisivat peruskoulutuksen jälkeen. Peruskoulutuksen kesto olisi neljä ja puoli vuotta, jota seuraisi vuoden palvelu nuorempana apulaislääkärinä sairaaloissa ja avohoidon keskuksissa yliopiston ulkopuolella. Peruskoulutuksen päätteeksi suo-

630 Jaakkola Risto: Lääkäriä koulutettiin, sairausta, lääkärin etiikasta ja sosialisoinnista. *Medisiinari* 1/1969, 55–64.

631 Becker, Geer, Hughes ja Strauss 2007 (1961), 426.

632 Lääkärit ja lääkärikoulutus optimaalisen potilas-lääkärisuhteen valossa. *Medisiinari* 4/1970, 21–26.

633 Järvinen 1985, 2.

ritettaisiin lääkärin tutkinto, joka tuottaisi oikeuden toimia nuorempana apulaislääkärinä sairaalassa tai terveyskeskuksessa vanhemman lääkärin ohjauksessa sekä osallistua erikoislääkäri-, yleislääkäri- tai tieteelliseen jatkokoulutukseen. Vasta jatkokoulutuksen myötä lääkäri saisi täydet oikeudet työskennellä itsenäisesti omalla alallaan. Licensiaatintutkinnosta tulisi lääkärin tutkinnosta riippumaton tieteellinen välitutkinto.⁶³⁴

LOT:ssa omaksuttiin runsaasti niitä ajatuksia, joita koulutuksen kehittämisestä oli esitetty 1960-luvulla. Koulutuksen tavoitteiden katsottiin määräytyvän lääketieteen kehityksestä ja yhteiskunnan terveyspalveluksille asettamista odotuksista ja vaatimuksista. Peruskoulutuksen yleiseksi tavoitteeksi asetettiin, että lääkäri pystyisi käsittelemään sairauksien syitä, ehkäisyä, esiintymistä, toteamista ja hoitoa kokonaisuutena, jossa oli huomioitu sairauden fyysinen, psyykinen ja sosiaalinen ulottuvuus. Lisäksi oli pystyttävä hankkimaan jatkuvasti uutta tietoa ja arvioimaan kriittisesti eri hoitotoimenpiteitä. Lääkärin oli myös opittava tekemään yhteistyötä muun hoitohenkilökunnan kanssa.⁶³⁵ Koulutuksen sisällössä painottui ehkäisevä terveydenhoito ja kandidaatintutkintoon oli lisätty psykologian ja sosiologian opetusta. Prekliiniset opinnot tuli integroida yhdeksi kokonaisuudeksi perusbiologisen näkemyksen luomiseksi, ja niiden yhteyttä kliiniseen opetukseen oli vahvistettava. Osa kliinisestä opetuksesta oli jatkossa toteutettava terveyskeskuksissa. Lisäksi oli lisättävä valinnanvaraisuutta, modernisoitava opetusmenetelmiä, parannettava opettajien koulutusta ja kehitettävä opetuksen ja oppimisen arviointia.⁶³⁶

LOT:n mietinnöllä oli yhtymäkohtia Kuopion korkeakoulun ja Tampereen tiedekunnan koulutussuunnitelmiin, sillä kaikissa niissä oli tavoitteena opiskelijoiden motivoiminen työskentelemään perusterveydenhuollossa yleislääkäreinä. Integroitua opetusta suunniteltiin molemmissa tiedekunnissa: Kuopiossa painotettiin luonnontieteitä ja lääketieteitä yhdistävää aiheopetusta, ja Tampereella innostuttiin kanadalaisen McMasterin yliopiston integroidusta ja ongelmalähtöisestä opetuksesta. Kuopion ja Tampereen suunnitelmat vaikuttivatkin LOT:n mietinnöstä käytyyn keskusteluun ja jatkokehittelyihin. Tärkeä välittäjä eri prosessien välillä oli professori Mikko Niemi (SDP), josta tuli vuonna 1973 opetusministeriön tiede- ja korkeakoulupoliittisen osaston päällikkö. Kun Tamperetta ja Kuopiota alettiin suunnitella uudistetun tutkintorakenteen mukaisesti ennen kuin tutkinnonuudistus oli toteutunut, nämä tiedekunnat asettuivat lääkärikoulutuksen uudistamisen kärkeen. Taustalla lieene ollut myös taktinen pyrkimys varmistaa LOT:n läpimeno. Vanhojen tiedekuntien arveltiin seuraavan perässä.⁶³⁷ Uusien tiedekuntien uudenmalliset ohjelmat ja vanhojen tiedekuntien luonnontiedepainotteisuus muodostivat lääkärikoulutuksessa LOT:n ilmestymisen aikoihin jännitteisen kentän.⁶³⁸

Tältä osin Niemi ehkä arvioi väärin sen tradition, jota vanhat tiedekunnat ja vahva ammattikunta edustivat. Lääketieteen opintouudistuksen vuosina 1972–1973 saa-

634 LOT 1971, 53, 71–77.

635 LOT 1971, 41–49, 52; Myös Korppi-Tommola (toim.) 1991, 70–71; Järvinen 1985, 2,

636 LOT 1971, 60–65, 82–86, 91, 106–108; Kritiikistä ks. Achte 1999, 224.

637 Seppälä 2003, 38–39; Vuorio 2006, 65, 72; Järvinen 1985, 3.

638 Tarmio 1993, 190.

ma suunta nosti medisiinari- ja lääkärikunnan vastustamaan tiukasti uutta mallia. Kiistakysymykseksi muodostui harjoittelu ja osalaillistaminen. Ajatus pakollisen harjoittelun suorittamisesta osittain terveystieteissä nähtiin työvoimapolitiiseksi toimeksi, ja pelkona oli, että vaiheen koulutuksellinen puoli unohtuisi. Keskeistä oli, että uutta opinto-ohjelmaa ryhdyttiin ajamaan tiedekuntiin kiireisellä aikataululla ilman kunnollista opetuksen sisältöjen tarkastelua ja jatkotutkintojen suunnittelun ollessa kesken. Opetusministeriössä Niemi edisti sekä lääketieteen että yleistä tutkinnonuudistusta (FYTT). Kun ”fyttiläistä” tutkinnonuudistusta alettiin pitää julkisuudessa vasemmistolaisena, sai myös lääketieteen opintouudistus poliittista väriä. Kaiken lisäksi pakollisesta erikoistumisesta oli luovuttava taloudellisen taantuman aikana. Näin ollen asetus lääketieteellisistä tutkinnoista vuodelta 1975 erosi huomattavasti LOT:n esittämästä mallista. Lopullisessa uudistuksessa LOT:n perintöä olivat integroidut opintokokonaisuudet, terveystieteiden käyttö opetuksessa ja harjoittelussa sekä opetuksen tavoitteiden määrittely. Yleisen tutkinnonuudistuksen vaikutusta olivat pyrkimys avartaa lääketieteen ammatillisuutta ja opettaa tieteellistä ajattelutapaa.⁶³⁹

Tiivistäen voi sanoa, että LOT:n mallin kaatoivat ensinnäkin kiire, koko tutkinnonuudistuksen vasemmistolainen leima ja koulutuspoliittinen turbulenssi yliopistoissa. Lisäksi osalaillistuksen idea soti lääkärikunnan perinnettä vastaan. LOT:n malli oli myös yhteensopimaton muiden Pohjoismaiden tutkintojen kanssa. Kun pakollisesta erikoistumisesta oli luovuttava, malli ei enää ollut toteutettavissa. Uudistuksesta käyty keskustelu ja taistelu osalaillistamista vastaan osoittavat, että medisiinarit sitoutuivat ammattikuntaansa eivät niinkään 1970-luvun opiskelijaliikkeeseen. Lääketieteen opintouudistus kanavoi kuitenkin tutkintoon merkittäviä murrospaineita, jotka veivät – ainakin sillä erää – medisiinarien kasvatusta yhteiskunnallisempaan suuntaan.

* * * * *

Vuodesta 1967 tuli murrosvuosi, jolloin nuoren medisiinari-polven radikalismi alkoi ilmetä julkisuudessa ja tuoda ammattikunnan kulttuurin hiljaista tietoa näkyväksi. Tämä tuotti varsin pian sekä sukupolvien että eri ryhmittymien välistä asenteiden jyrkentymistä ja polarisoitumista. Aktiiviset radikaalit vaativat avoimuutta ja läpinäkyvyyttä lääkäreiden toimintatapoihin ja lääkärikoulutukseen. ”Politisoituminen” hajotti medisiinarikunnan yksituumaisuutta, kun ammatillisista arvoista alkoi syntyä erimielisyyttä. Samalla radikalismi sysäsi ammattikuntaa yhteiskunnallisemmille linjoille ja arvojen uudelleenarviointiin. Tämä vaikutti myös koulutuksen painopisteen muutokseen. Nuoren sukupolven vaatimukset kansanterveyskysymysten, ehkäisevän ja avoterveydenhuollon sekä psykologian ja potilassuhteen opettamisesta kanavoituivat vuosikymmenen lopulla lääkärikoulutuksen uudistamiseksi aloitettuun työhön. Vuosikymmenen aikana lääkäri-ideaali oli alkanut määrittää tulevien terveystieteiden yleislääkäreiden työstä käsin, mikä teki tilaa muutoksille.

639 Järvinen 1985, 3; Aalto 2010, 126–130; Niemi 2004, 242–243; Yleisestä tutkinnonuudistuksesta ks. Jalava 2012, 137–141 ja Eskola 2002, 321–324.

Prosessi oli kuitenkin hidas ja virallinen opinto-ohjelma uudistui pienin askelin. Näin ollen medisiinarien lääkäriksi kasvamisen kannalta tärkeämmäksi tuli se ilmapiiri, jota hyvinvointivaltion rakentaminen tuotti ja johon 1960-luvun kandidaatit sitoutuivat.

V Johtopäätökset

1. Tradition kaari

”Täten minä kunniani ja omantuntoni kautta vakuutan, että minä lääkärintoiminta harjoittaessani aina olen pitävä mielessäni tämän toimen korkeata tarkoitusta ja että minä tunnollisesti ja parhaan ymmärryksen mukaan olen täyttävä kaikki ne velvollisuudet, jotka minulle lääkärinä kuuluvat.”

Helsingin Lääketieteenkandidaattiseuran *Medisiinari*-lehdessä oli vuodesta 1953 alkaen ”Rastilla”-palsta, jossa julkaistiin valokuvia vastavalmistuneista lääkäreistä. Kuvat otettiin sen jälkeen, kun tutkintonsa saaneet lääketieteen lisensiaatit olivat käyneet vannomassa yllä siteeratun lääkärinvakuutuksen lääkintöhallituksen edessä ja saaneet laillistetun lääkärin aseman. Lääketehtas Orion järjesti valmistuneille välittömästi vakuutuksen vannomisen jälkeen tilaisuuden, jossa kuvat otettiin. Palstan nimeä taustoitettiin lehdessä seuraavasti: *”Rasti merkitsee väliasemaa, etap-pia matkan varrella. Lisensiaatin tutkinto on lääkärin matkalla eräs rasti.”*² Valokuvissa seisoo juhlaillisen ja toiveikkaan näköisiä nuoria. He olivat nyt suomalaisia lääkäreitä, vapaita toimimaan ammatissaan. Juhlavuutta korostaa miesten pukeutuminen frakkeihin ja naisten tumma vaatetus. Kuvien yhteydessä on yleensä mainittu henkilöiden nimet ja laillistamispäivämäärä. Kerrallaan laillistettujen joukko ei ollut aina kovinkaan suuri, sillä lääkintöhallitus kokoontui kahden viikon välein laillistamaan lisensiaatteja. Heidän vannomansa lääkärinvakuutus oli merkinä sitoutumisesta ammatin eettisiin periaatteisiin, ja laillistuksen ehtona vakuutuksella oli velvoittava luonne.

Opiskelijalehdissä julkaistujen valokuvien kautta avautuu suomalainen, akateemisesti koulutettu lääkärikunta. Kuvien merkitys on kiinnostava: opiskelijoiden yhdistyksen lehti julkaisi valmistuneiden kuvat säännöllisesti aina vuoteen 1978 asti, jolloin laki lääkärintoimen harjoittamisesta uusittiin ja siinä yhteydessä luovuttiin lääkärinvakuutuksen vannomisesta lääkintöhallituksen edessä. Tämän jälkeen laillistus tapahtui kirjeitse. Aiemmin lisensiaattien oli muualta Suomesta matkustettava Helsinkiin laillistusta varten.³ Julkaisemalla yli 20 vuoden ajan valmistuneiden

¹ Suomen asetuskokoelma: n:o 20, 1925.

² Rastilla. *Medisiinari* 8/1953, 20; Sihteerin toivomuksia. *Medisiinari* 1/1952, 30; Laillistetut lääkärit 1952. *Medisiinari* 4/1952, 22.

³ Rastilla – 2. *Medisiinari* 8/1978, 63; Kysymyksiä. *Medisiinari* 1/1979, 46.

valokuvia opiskelijalehdet osallistuivat lääkärikunnan yhteisöllisyyden rakentamiseen. Kuvien katsojan mieleen ne nostavat kysymyksen siitä, miten tähän on tultu? Minkälainen on ollut se opintopolku, jota nämä nuoret ovat kulkeneet – minkälainen se opiskelijaelämä, jota he ovat viettäneet? Millainen on vastavalmistuneiden lääkäri-identiteetti, mitä arvoja ja toimintatapoja he ovat omaksuneet matkan varrella? Tämä tutkimus vastaa kysymyksiin siitä, millaisissa puitteissa ja millaisen kollektiivisen prosessin läpi nämä henkilöt ovat kulkeneet lääkäriksi kasvamisen tiellä. Valokuvissa esiintyvät henkilöt ovat omaksuneet akateemisen koulutuksen ja kasvatuksen myötä ammatillisen identiteetin, joka on aikaansa sidottu, samalla kertaa yksilöllisen ainutkertainen ja kollektiivisesti jaettu.

Valokuvat herättävät myös pohtimaan sitä, millainen tulevaisuus valmistuneita lääkäreitä odottaa. Tätä kysymystä on lähinnä sivuttu tässä tutkimuksessa; lääkärien jatkokoulutuksen ja työssä kasvamisen käsittely olisi kokonaan oman tutkimuksensa aihe. ”Rastilla”-palstan nimikin viittaa siihen, että matka jatkuu. Valmistuneiden kasvaminen lääkäreiksi oli vielä kesken ja ammatti-identiteetin luominen jatkui nyt toisissa puitteissa: ensimmäisissä työpaikoissa, mahdollisen erikoistumisen aikana ja toiminnassa ammattikunnan täysivaltaisena jäsenenä. Tässä tutkimuksessa on keskitytty lääkäriksi kasvamiseen peruskoulutuksen aikana, mikä on ollut tutkimusajanjaksolla relevantti näkökulma, kun peruskoulutus pyrki vielä tarjoamaan yleislääkärin tarvitsemat tiedot, taidot ja valmiudet.

”Rastilla”-palstan valokuvat tuovat esille eräitä akateemisen ja ylioppilaskulttuurin elementtejä 1950- ja 1960-luvuilta. Laillistettujen lääkärien nimiä alettiin julkaista *Medisiinari*-lehdessä vuonna 1952 ja valokuvallista palstaa seuraavana vuonna.⁴ Nimien julkaisemisen voi nähdä liittyneen siihen, että Turun tiedekunnan perustamisen myötä suomalainen lääkärikunta alkoi määrällisesti kasvaa ja hajaantua. Kun kaikki eivät enää henkilökohtaisesti tunteneet toisiaan, palsta välitti tietoa lääkärikunnan uusista jäsenistä. Tuohon aikaan akateemisen kansalaisen valmistumisen hetkellä käyttämä asu oli frakki, johon pukeuduttiin niin publiikkiin kuin lääkintöhallituksen eteen. Frakki ilmensi medisiinarien kiinnittymistä akateemiseen tapakulttuuriin ja perinteiseen sivistyneistön rooliin. Lääkärikoulutuksessa ja medisiinarikulttuurissa, kuten yliopistossa muutenkin, jatkuvuus säilyi vahvana 1960-luvun jälkipuoliskolle asti. Tuolloin ylioppilaiden tapakulttuuri muuttui, ja myös perinteisistä akateemisista symboleista, kuten ylioppilaslakeista ja frakeista luovuttiin monin paikoin. Muutos tapahtui asteittain siten, että suullisissa tentteissä käytettiin jo 1960-luvulla yleensä tummaa pukua.⁵ Publiikeissa ja lääkärin-vakuutuksen vannomisen yhteydessä käytettiin frakkia, mitä alettiin kyseenalaistaa vuosikymmenen puolivälin tienoilla.⁶ Murros tapahtui ensin Turussa ja sitten Helsingissä, mikä ilmenee *Medisiinari*- ja *Kollega*-lehdissä julkaistuista kuvista. Niistä frakit katosivat asteittain vuosina 1967–1968. *Kollega*-lehdessä näkyi tummia pukuja jo vuonna 1967, Helsingistä valmistuneilla muutos tapahtui syksyn 1968

4 Turun kandidaattien kuvat julkaistiin vuodesta 1963 *Kollega*-lehdessä.

5 Lääkärintyön muistoja 2006, 51–52, 60–61.

6 Lääkärinvakuutus. *Kollega* 5/1964, 23–24.

aikana.⁷ Helsingin tiedekunta olikin lokakuussa päättänyt, että publiikeissa opiskelijat esiintyisivät tummassa puvussa.⁸ Turussa päätettiin pian kokonaan lopettaa publiikit, minkä jälkeen todistuksen saattoi hakea henkilökohtaisesti dekaanilta.⁹ Tämä oli tavallaan traditionaalisen aikakauden symbolinen päätös. Oleellista on kuitenkin, että jatkuvuudet eivät täysin katkenneet. Lääkärinvakuutus vannottiin yhä lääkintöhallituksen edessä, nyt vain tummassa puvussa.

2. Lääkärikoulutuksen yhteiskunnallistumisen ja modernisaation vuodet

Historioitsija Motzi Eklöfin tutkimuksessa tulee esille aatteellinen kahtiajako, joka tuotti 1900-luvun alun ruotsalaisessa lääkärikunnassa synteisin lääkärien eetoskes- ta. Kyse on kahdesta näkökulmasta lääkärin rooliin. Ensimmäisen mukaan lääkäri oli tiedemies ja alansa asiantuntija, kun taas toinen perustui hippokraattiseen nä- kemykseen sairaudesta ruumiin epätasapainotilana ja kokonaisvaltaiseen ihmisku- vaan. Hippokrateen perintöön, lääketaitoon (=lækekonst) vedottiin ideaalina, kun kritisoitiin lääketieteen kapeaa näkökulmaa, hajoamista erikoisaloille ja yhteyksien katkeamista humanistisiin tieteisiin. Nämä näkemykset yhdistyivät synteiseksi, jota luonnehtivat konservatiiviset moraaliset arvot, empiirinen luonnontieteellisyys ja materialistinen ajattelu.¹⁰ Suomalaisen lääkärikunnan pohdinnoissa ammatillisesta ideaalista ja identiteetistä on havaittavissa vastaava kahtiajako sekä pyrkimys luo- da aatteellinen synteisi lääketieteen humanistisen perinnön ja luonnontieteellisen asiantuntijuuden välillä. Ihanteena on ollut yhdistää tieteellisyys, humanistisuus ja käytännön ammatillisuus, kuten professori Gösta Becker vuonna 1927 totesi: ”*On sanottu, että lääkärintoimi -- on omituinen yhdistelmä tiedettä, taidetta, käsityötä ja lähimmäisen rakkautta.*”¹¹ Vuonna 1963 professori Eeva Jalavisto ilmaisi saman asian hieman toisin: ”*Lääkärissä täytyisi olla yhtyneenä ihmistuntija ja elämän ymmärtäjä, mutta samalla myös tiedemies ajattelultaan ja tietojen syvällisyydessä.*”¹²

1900-luvulla tähän kuvioon liittyi vielä aiempaa voimakkaammin kolmas tekijä, yhteiskunnallinen ulottuvuus ja eetos. Taustalla oli sääty-yhteiskunnan muuntumi- nen moderniksi, kansalaisuuteen ja valtion sosiaaliseen rooliin perustuvaksi yhteis- kunnaksi. Prosessin aikana ammattikunnat ja yhteiskunnalliset luokat saivat kes- keisen roolin yhteiskunnan rakentamisessa. Akateemisesti koulutetuista lääkäreistä muodostui professio, joka saavutti määräävän aseman terveyden- ja sairaanhoidon johdossa.¹³ Lääkärikasvatuksen dynamiikka ajanjaksolla 1930-luvulta 1960-luvulle

7 Ensimmäiset valmistuneet lääketieteen lisensiaatit esiintyivät tummassa puvussa Kollega-lehden valo- kuvissa vuonna 1967, ks. Kollega 6/1967, 62; Medisiinari-lehdessä ensimmäiset tummat puvut näkyivät numeroissa 2/1968 ja 5/1968. Selvä muutos tapahtui syksyllä 1968, ks. Medisiinari 8/1968, 75–79.

8 Lääket. tdk ptk 8.10.1968 (44\$), HYKA.

9 TY lääket. tdk ptk 16.9.1969 (16\$), TYKA.

10 Eklöf 2000, 34–35.

11 Becker Gösta: Lääketieteestä ja lääkärintoiminnasta. Virkaanastujaisesityelmä 14. XII. 1927. Duodecim 1/1928, 14–22.

12 Jalavisto Eeva: Lääketieteen opetuksesta. Medisiinari 1/1963, 20–25.

13 Esim. Konttinen 1991, 11–21; Rinne ja Jauhiainen 1988, 82–84.

muodostuikin kahdesta suuremmasta keskustelusta. Toista käytiin ammattikunnan sisäisestä eetoksesta ja toinen liittyi muodostumassa olleeseen hyvinvointivaltion kansalaisten sosiaaliseen turvaan ja terveydenhuoltoon. Näiden diskursioiden yhteisvaikutus näkyi modernissa lääkärikoulutuksessa, joka yhdisti vanhaa ja uutta. Tutkimusajanjakson keskeisin murros on näin ollen lääkärikoulutuksen yhteiskunnallistuminen. Se ei merkitse muutosta ainoastaan opetuksen sisältöjen ja muotojen tasolla vaan myös lääkärikunnan kulttuurin ja sitä koskevan hiljaisen tiedon tasoilla. Kun on kyse aatteista ja mentaliteeteista, historiallinen muutos ei ole yhtäkkinen. 1900-luvulla lääkärikasvatuksessa ja ammattikunnan kulttuurissa laajemminkin luotiin synteisi perinteisen lääkärin eetoksen sekä yhteiskunnallisen eetoksen välillä. Prosessissa oli kyse perinteiden uudelleenarvioimisesta ja suhteuttamisesta hyvinvointivaltion mukanaan tuomiin muutoksiin lääkärin ammatin puitteissa ja sisällössä.

Tutkimuksessani olen tarkastellut sitä, miten medisiinareita on kasvatettu ja miten he ovat kasvaneet lääkäreiksi ja ammattikunnan jäseniksi Suomessa 1930-luvun alusta 1960-luvun loppuun ulottuvalla tutkimusjaksolla. Kyseessä on hyvinvointivaltion rakentamisen ja yhteiskunnan rakenteiden modernisoimisen aika. Lääkärikoulutuksen modernisaatiota ja kasvatusta lääkäriprofession hyvinvointiyhteiskunnan rakennusprosessin osana on tutkimuksessa analysoitu koulutuksen rakenteiden, opetuksen sisällön ja ammattikunnan kulttuurin tasoilla. Jatkuvuutta on ollut lääketieteellisten tiedekuntien varsin laaja autonomia koulutuksen sisällössä sekä medisiinarien aatteellinen sitoutuminen tulevaan asemaansa osana akateemisesti koulutettua sivistyneistöä. Muutoksia ovat olleet lääkärikoulutuksen laajentuminen, yhteiskunnallistuminen ja ammatillistuminen sekä ammattikunnan kulttuurin moniarvoistuminen. Koulutus linkittyy professionalisaatioon siten, että yliopisto antaa sen erikoistuneen tiedon, jonka valtio on määritellyt ammattikunnan jäsenyyden ja lääkärin työssä toimimisen ehdoksi ja valtio on toiminut lääkärin aseman takaajana. Lääkärikunnan professionaalistumisessa keskeistä oli myös voimakkaan ammattijärjestön muodostuminen, joka huolehti edunvalvonnasta sekä ammattikunnan yhtenäisyydestä ja sen kulttuurin välittämisestä.¹⁴

Yhteiskunnallistumisen lisäksi lääkärikoulutuksen painopiste on vaihdellut eri aikoina tieteellis-teoreettisen ja käytännöllisen asiantuntemuksen, sivistyksellisen ja ammatillisen kasvatuksen, aatteellisuuden ja materialismin sekä kokonaisvaltaisuuden ja erikoistumisen välillä. Kyse ei ole vastakkaisista piirteistä vaan painotukset ovat vaihdelleet eri aikoina toimijoista riippuen. Tutkimukseni johdannossa esitellyt lääkärikoulutuksen toimijat – medisiinarit, ammattikunta, yliopisto ja yhteiskunta – kietoutuvat monin tavoin yhteen. Esimerkiksi lääkärit ovat olleet eri aikoina aktiivisesti mukana määrittelemässä terveyden- ja sairaanhoidon tavoitteita – sekä asiantuntijoina, päättäjinä että kansalaisina. Yhteiskunnan tavoitteisiin lääkärikoulutuksen osalta ovat vaikuttaneet potilaiden näkemykset, päättäjien poliittiset pyrkimykset terveyden- ja sairaanhoidon sekä koulutuksen saralla ja käy-

14 Esim. Rinne ja Jauhiainen 1988, 104; Hakosalo Heini: Lääkäri, yhteiskunta ja yhteisö. Katsaus lääkäriprofession kehitykseen Suomessa. Duodecim 13/2010, 1544–1551.

tettävissä olevat resurssit. Päättäjiin ovat vaikuttaneet osaltaan myös lääkärikunnan näkemykset ja ihanteet sekä lääketieteen kehitys.

Rakenteiden tasolla lääkärikasvatus on laajentunut voimakkaasti osana hyvinvointivaltion lääkäritarvetta. Samalla valta on liukunut yliopistolta valtion toimijoille. Vielä 1930-luvulla avainasemassa oli yliopisto arvovaltaisena ja autonomisena instituutiona, jonka päätöksistä riippui tulevien lääkärien laatu ja määrä. Hyvä esimerkki siitä, miten vähän vaikutusvaltaa esimerkiksi valtiolla oli lääkärikoulutukseen nähden, on 1920- ja 1930-luvuilla tiedekunnassa käyty keskustelu sosiaalilääketieteen opetuksesta, jota varten ei valtion ehdotuksista huolimatta haluttu perustaa virkaa. Vaikka professorit olivat ammattikunnan eräänlainen ydin, heidän näkökulmansa lääkärikoulutukseen oli ensisijaisesti tieteellinen, ei käytännön lääkärin toiminnasta lähtevä. Yliopistolliset perinteet painoivat enemmän kuin lääkärien työssään tarvitsemat taidot, vaikka tiedekunta kyllä myös kuunteli käytännön lääkäreiden mielipiteitä ja suhtautui kohtalaisen suopeasti heidän aloitteisiinsa.

Professioiden kehityksen kietoutuminen hyvinvointivaltioprosessiin merkitsi sitä, että lääkärien oli ammattikuntana laillistuksen ehtona sitouduttava työhön yhteiskunnan hyväksi. Kun valtio myönsi lääkäreille yksinoikeuden harjoittaa ammattiaan, se oli myös entistä kiinnostuneempi siitä, millaisia lääkäreitä yliopisto kasvatti. Valtion kasvanut vaikutusvalta alkoi näkyä sodan aikana. Se ilmeni ensinnäkin päätöksessä perustaa vuonna 1943 Turun silloin vielä yksityiseen yliopistoon valtion rahoittama lääketieteellinen tiedekunta. Toiseksi se ilmeni pyrkimyksessä tehostaa yliopistotutkintoja ja lyhentää opintoaikoja, mikä oli myös tiedekunnan ja ammattikunnan intresseissä. Tutkinnon sisällössä siirryttiin yleisestä sivistyksestä ammatilliseen asiantuntemukseen. Tämä näkyi vuoden 1945 uusissa tutkintovaatimuksissa, joiden myötä koulutus muuttui tehokkaampaan ja käytännönläheisempään suuntaan. Perusluonnontieteiden osuus väheni, ja opintoihin tuotiin uusien tieteellisten elementtien lisäksi sosiaalilääketiede. Näin viralliseen opinto-ohjelmaan tuli ensimmäistä kertaa yhteiskunnallinen painotus.

1950-luvulta lähtien lääketieteelliset tiedekunnat joutuivat yhä enemmän joutamaan autonomiassaan, ensin määrän, sitten laadun osalta. Hyvinvointivaltion rakentaminen merkitsi julkisen vallan kasvua ja keskitettyä ja suunnitelmallista politiikkaa kaikkialla yhteiskunnassa. Sosiaali- ja terveystalouden saralla keskeistä oli lääkäripalvelusten sitominen yhä tiiviimmin valtioon: lääkärit siirtyivät yhä enemmän vapaista ammatinharjoittajista virkamiehiksi ja organisaatioiden palvelukseen ja heidän lakisääteiset tehtävänsä ja velvollisuutensa lisääntyivät. Kun lääketiede samalla kehittyi voimakkaasti ja erikoistuminen yleistyi, syntyi tarve eriyttää erikois- ja sairaalalääkärien sekä avoterveydenhuollon yleislääkärien tehtäväkenttiä ja koulutusta toisistaan. Ammattikuvien erilaisuus alkoi ilmentyä käsityksissä tarvittavasta osaamisesta ja valmiuksista sekä työn yhteiskunnallisista ulottuvuuksista. Yleislääkärien työssä tämä merkitsi painopisteen siirtymistä sairauksien parantamisesta kansanterveystyöhön. Terveystalouden suurin haaste oli lääkärien vähäinen määrä, jolloin valtion toimet koulutuksen laajentamiseksi tulivat ratkaiseviksi. Kolmas lääketieteellinen tiedekunta perustettiin vuonna 1960 uuteen Oulun yli-

opistoon ja samoihin aikoihin ryhdyttiin lähettämään suomalaisia ulkomaille opiskelemaan lääketiedettä.

1960-luvun alussa Helsingin tiedekunnassa toteutettu opintouudistus tuki vielä voimistunutta erikoistumiskehitystä. Vuosikymmenen aikana alkoi kuitenkin nousta esille tarve uudistaa tutkintoa. Lääkärikoulutuksessa oli jo toteutettu monia asioita, jotka hallitsivat koulutuspoliittista keskustelua, kuten opintoyhteistyö ja -neuvonta, opintojärjestelmän systematisoiminen ja ammatillisten valmiuksien huomioiminen. Nyt nousi esille kolme teemaa, joiden pohjalta 1960–1970-luvun vaihteen opintouudistusta ryhdyttiin toteuttamaan. Ensimmäinen oli ehkäisevän lääketieteen, kansanterveysajattelun ja avoterveydenhuollon painottaminen. Toinen teema liittyi tieteellisen tutkimuksen merkityksen kasvuun, joka erikoistumisen yleistymisen kanssa merkitsi tarvetta ottaa huomioon myös tutkijakoulutus. Kolmas piirre oli ihmiskeskeisyys, jonka taustalla oli potilaan oikeuksien ja tasavertaisuuden eetos. Merkittävää oli myös psyykkisten ja sosiaalisten tekijöiden merkityksen tunnistaminen sairauksien taustalla. Nämä kaikki yhdessä tuottivat lääkärikoulutuksen suuren murroksen 1960- ja 1970-lukujen vaihteessa.

Ammattikunnan kulttuuri, kutsumus ja sivistys osana medisiinarin identiteettiä

Vuosisadan alkupuolella lääkärin ideaalia luonnehtivat altruistinen kutsumusajattelu, ammattikunnan yhtenäisyyttä ylläpitävä kollegiaalisuuskäsitys, luonnontieteellis-objektiivinen asiantuntijuus, yhteiskunnan palvelukseen asettuminen ammatillisesta vapaudesta ja ammatin arvostetusta asemasta käsin. Tämä ammattikunnan aatteellinen perintö ja kulttuuri välittyi medisiinareille hiljaisena tietona osana opetusta, ylioppilaselämää ja toimintaa yliopistoyhteisössä. Tutkimusajanjaksolla keskeinen akateemisen ja ammattikunnan kulttuurin muutos on ollut ammatillistuminen – ammatillisen yhteisöllisyyden vahvistuminen. Aatteellis-kulttuurinen murros tutkimusajanjaksolla on koskenut perinteisiä käsityksiä lääkärin roolista ja ammattikunnan yhtenäisyydestä, eettisiä ja kollegiaalisia arvoja sekä toimintatapoja ja peruslinjauksia niin terveyspolitiikan kuin edunvalvonnan saralla.

Yleisesti medisiinarien identiteetissä ja ammattikunnan kulttuurissa voi havaita tutkimusajanjaksolla seuraavia kiteytyymiä. 1930-luvulla lääkäri-ihannetta kuvasi kutsumusajattelu, joka nojasi korkeaan moraaliin ja eettisiin arvoihin. Kutsumus nähtiin sisäsyntyisenä ominaisuutena, joka ilmeni henkilökohtaisina, läheisinä, humaaneina ja empaattisina suhteina potilaisiin. Kutsumus liittyi laajaan sivistyskäsitykseen, jossa humanistiset tieteet olivat tärkeällä sijalla. Parhaiten nämä lähtökohdat nähtiin olevan saavutettavissa yläluokkaisessa kulttuurikodissa sekä laajapohjaisen koulutuksen avulla. 1930-luvulla perustettiin medisiinarien omat yhteisöt, jotka sitoutuivat ammattikunnan kulttuuriin. Medicinarklubben Thorax ja Lääketieteenkandidaattiseura määrittelivät tavoitteekseen medisiinarien kollegiaalisuuden edistämisen. Ne pyrkivät alusta alkaen myös täydentämään medisiinarien ammatillista kasvatusa. Seurojen toiminnassa korostui opiskelijoiden ammatti- ja tieteenalapohjainen yhteys, mikä loi uudenlaiset edellytykset sosiaalistumiselle lää-

kärikuntaan ja sen kulttuuriin. Ensimmäisen tutkimusluvun nimi, ”Laajan sivistysihanteen kasvatit” kuvaa vuosien 1933–1944 lääkärikasvatuksen maailmaa.

Jo 1930-luvulla yliopistossa alettiin keskustella opintojen työelämään valmistavasta luonteesta. Ammatillisuus löi läpi lääkäri-ideaalissa sodan jälkeen. Sitä voimisti tungos ja tiukka opintojärjestys tiedekunnassa sekä opiskelijoiden pyrkimys opiskella ja valmistua mahdollisimman nopeasti. Medisiinarit tarkastelivat kasvamistaan entistä enemmän hyötynäkökulmasta, tulevasta ammatista lähtien ja kandidaattiseurat suuntasivat toimintaansa tämän mukaisesti. Lääkäri-ideaali määrittyi ammatillisen ja tieteellisen osaamisen pohjalta. Siihen liittyivät uudet tavat diagnosoida ja parantaa sairaita, joita terapeutin vallankumous tuotti. Ammattisuuntaus tuotti lääkärikunnan kulttuuriin uudenlaisen asiantuntijaroolin, mikä aiheutti ristiriitoja lääkäripolvien välillä. Tämä ammattikunnan käytännöllinen ja edunvalvontakeskeinen, ”materialistinen” orientaatio synnytti vastareaktion, joka ilmeni 1950-luvulla aatteellis-eettisenä uudelleenmäärittelynä. Taustalla oli sivistyneistön kokemus asemansa muutoksesta ja lääkärin kokemus arvostuksensa alenemisesta. Näihin uhkiin vastattiin korostamalla sivistystä ja aatteellisuutta ammatti-identiteetissä. Kandidaattiseurat suuntautuivat medisiinarien kasvatustoimintaan, jonka johtavia aatteita olivat kollegiaalisuuteen kasvaminen, ammatillisen vastuuntunnon ja sosiaalisen ajattelun muodostuminen sekä sivistyneistön roolin mukainen toiminta yhteiskunnan hyväksi. Toisen tutkimusluvun otsikko ”Ammattillisesti pätevän kutsumuslääkäriin ihanne” tuo esille vuosien 1944–1958 ihanteen.

Ajanjaksosta 1950-luvun alkupuolelta 1960-luvun puolivälin tienoilta tuli ammatillisen yhteisöllisyyden huippukautta medisiinarijärjestöissä. Tämä ”ammattikasvatuksen kulta-aika” ilmeni kandidaattiseurojen toiminnassa keskittymisenä opintoasioihin ja opintososiaaliin kysymyksiin. Lääkärikoulutusta leimasi yhtäältä teknokraattinen tehokkuusajattelu, joka korosti opintojen käytännöllistä puolta, ja toisaalta lääketieteen kehityksen tuottama teoreettis-tieteellinen painotus. Opiskelijoiden kasvamisessa korostui ammatillisuus ja erikoistuminen. Samalla esille nousi yhteiskunnallisuus, joka alkoi sisältyä ammattikunnan sivistykseen. Nuoret medisiinarit aloittivat ammattikunnan kulttuurin tuulettamisen vaatimalla lääkäriroolin yhteiskunnallistamista: tulevien lääkärin oli kyettävä ottamaan kantaa ajankohtaisiin terveystaloudellisiin kysymyksiin. Taustalla oli hyvinvointivaltio-ajatus, johon medisiinarikunta sitoutui. 1960-luvun ihanteellinen lääkäri oli hyvinvointivaltion lääketieteellinen asiantuntija sekä yhteiskunnallisen vastuunsa tunteva kansalainen. Tätä ilmentää vuosia 1959–1969 käsittelevän tutkimusluvun otsikko ”Kansanterveyden hyväksi – Yhteiskunnan ja yksilön palvelukseen kasvamassa”.

Ammattikunnan kulttuurin näkökulmasta 1960-luvusta muodostui murroksen vuosikymmen, jonka keskeinen piirre oli yhtenäisen arvo- ja asennemaailman moinaistuminen. Tätä tuotti uusvasemmistolainen radikalismi, joka alkoi tehdä irti ottoa käsityksistä lääkärin perinteisestä roolista ja kyseenalaistaa ammattikunnan kulttuuria. Vähitellen alkanut puoluepolitisoituminen nakersi perinteistä käsitystä aatteellisesta yhtenäisyydestä, mutta teki samalla tilaa moniarvoisuudelle lääkärikunnan sisällä. Ammatillisuus säilyi silti edelleen tärkeänä yhdysiteenä medisiinarikunnassa. Myös vasemmistoradikaalit jäivät toimimaan lääkärin järjestöissä,

eivätkä eronneet edes konservatiivisena pitämästään Lääkäriliitosta. 1960-luvulla alkanut ammattikunnan kulttuurin uudistuminen mahdollisti laajentuneen lääkärinkunnan sitoutumisen siihen myös jatkossa.

Tutkimusajanjaksolla akateemisesti koulutetun sivistyneistön poliittis-aatteellisen asemointi vaihteli. Lääkärikunnalla oli oma osuutensa siinä, miten aikakauden aatteellisuus ilmeni näkökulmassa kansalaisten terveyteen ja niissä yhteiskunnallisissa toimenpiteissä, joita toteutettiin kansakunnan terveyden ohjaamiseksi. Sotien välisen ajan valkoista Suomea leimasi agraarispainotteinen oikeistolaisuus. Ajan ilmapiiri tarttui medisiinareihin, jotka 1930-luvulla ilmensivät maanpuolustushenkistä isänmaallisuutta, rotuhygienian kansalaiskäsitystä sekä suomenkieliset myös jossain määrin aitosuomalaisuutta. Lääkärien auktoriteettiasema antoi valtaa kansalaisten terveyden ohjaamisessa, ja tämä linja jatkui sotien jälkeen. Poliittisesti 1940- ja 1950-luvuilla elettiin uudelleenarvioinnin aikaa. Yhteiskunnallisuus painui sikäli pinnan alle, että lääketieteen ja lääkehoidon kehitys suuntasi lääkäreitä epäpoliittiseen, tieteellis-objektiiviseen rooliin. 1960-luvun poliittis-aatteellisessa ilmapiirissä ilmenivät kaupungistuvan Suomen urbaani liberalismi sekä hyvinvointivaltion kansallinen eheyttäminen tasapainoisella aluepolitiikalla ja rakennemuutoksen hallinta vähentämällä sosiaalista eriarvoisuutta. Lääkintäpoliittisen käänteen myötä medisiinarit kyseenalaistivat lääkärien epäpoliittisen asiantuntijaroolin ja vaativat osallistumista hyvinvointivaltion terveyspolitiikan rakennustyöhön – myös puolueiden kautta. Tämä avasi ovet kansanterveysajattelun aikaan ja teki tietä 1970-luvulla toteutuneelle avohoidon uudistukselle, jossa yleislääkärien työssä painottuivat sairauksien ennaltaehkäisy, seulonnat, terveysvalistus ja terveyden ylläpitäminen sekä kuntoutus.

Suuri murros tapahtui yhteiskunnassa, jossa yksilön oikeudet nousivat keskiöön sodan jälkeisenä aikana ja aikaisempia yksilöiden ja yhteiskuntaluokkien välistä eriarvoisuutta tukeneita käytäntöjä alettiin vähitellen purkaa. Lääkärikuntaa kosketti erityisesti se hierarkkisuus, joka ilmeni sotien välisenä aikana yksilöiden välillä biologisten ja rodullisten erojen korostamisena. Lääkärin työssä auktoriteettiasema merkitsi mahdollisuutta käyttää valtaa yhteiskunnan kokonaisedun nimissä kansakunnan ”huonompana” pidettyä ainesta kohtaan – äärimmäisenä keinona pakkosteriloinnit. Tältä osin tilanne jatkui vielä sodan jälkeen samanlaisena. Rodullisen syrjinnän tilalle tuli kuitenkin pyrkimys moraaliseen ja kulttuuriseen yhdenmukaisuuteen, mikä ilmeni esimerkiksi aborttien kohdalla. 1960-luvulla keskeisiksi kysymyksiksi yhteiskunnassa nousivat yksilön oikeudet ja tasa-arvoinen kohtelu asemasta, taustasta, sukupuolesta, iästä ja biologisista ominaisuuksista riippumatta. Näin ollen alettiin vaatia potilaiden oikeuksia ja oikeudenmukaista kohtelua, vähemmistöryhmien aseman parantamista terveydenhuollossa sekä tasa-arvoa terveydenhuollon ammattiryhmien välille.

Myös yliopistoissa ilmeni tasa-arvoisuuden eetos. Yliopistokoulutuksen avautuminen yhä uusille yhteiskuntaluokille ja laajemmille joukoille johti sosiaalisen liikkuvuuden vilkastumiseen sekä mahdollisuuksien tasa-arvon paranemiseen niin alueellisesti kuin sosiaalisesti. Vielä 1950-luvulla sivistyneistön aseman legitimoinnissa turvauduttiin humanistispohjaiseen sivistystraditioon, joka perinteisesti oli

liitetty akateemisiin koteihin, hyviin kouluihin ja niiden tuottamaan kulttuuripääomaan. Seuraavalla vuosikymmenellä koulutuspolitiikka tasoitti yhä useampien reittiä korkeakoulutukseen ja sosiaaliseen nousuun. Samalla sivistyneistön vanhoja eliittitunnuksia alettiin kritisoida ja purkaa. Kehitys kulminoitui 1970-luvun vasemmistohegemoniaan ylioppilasmaailmassa, jossa opiskelija nähtiin työläisten tapaan alistettuna luokkana. Tutkimusajanjaksolla medisiinarikunta säilyi kuitenkin taustaltaan erityisen yläluokkaisena ja vasemmistoradikalismin vaikutus jäi lääketieteellisissä tiedekunnissa pieneksi. 1970-luvun alussa opintouudistuksen saamat käänteet johtivat medisiinarien, lääketieteellisten tiedekuntien ja ammattikunnan varsin yhtenäiseen ryhmittymiseen opetusministeriön uudistusehdotuksia vastaan. Vaikka lääketieteen opintouudistusprosessi on tämän tutkimuksen ulkopuolella, vaikuttaa siltä, että tämä laaja yhtenäisyys erosi selvästi muun yliopiston tilanteesta.¹⁵

3. Hiljaisen tiedon rooli yliopistokoulutuksessa

Määrittelin tutkimuksen johdannossa, että käytän hiljaisen tiedon käsitettä viittaamaan medisiinarien ja lääkärikunnan kollektiiviseen tietoon, ihanteisiin ja arvoihin, jotka liittyvät ammatin harjoittamiseen, identiteettiin ja ammattikunnan kulttuuriin. Samalla rajasin tarkasteluni sellaiseen hiljaiseen tietoon, joka voi tulla näkyväksi, materialisoitua.¹⁶ Tutkimus osoittaa, että hiljaisella tiedolla ja sen välittymisen prosessilla on ollut suuri merkitys lääkärin ammattiin kasvamisessa ja laajemminkin yliopistossa. Lääkärikoulutuksen voi katsoa sisältävän kolmea erilaista hiljaista tietoa. Ensinnäkin on sanoittamaton hiljainen tieto, jota tutkimuksessa lähinnä sivutaan. Kyse on sellaisesta henkilökohtaisesta tiedosta, jonka myötä medisiinari kokee kasvaneensa ja oppineensa jotakin mutta ei pysty täysin kertomaan, mitä ja miten se on tapahtunut. Toiseksi on ”piilo-opetussuunnitelma”, joka sisältää tietoa opettajien tavoista ja medisiinarien käyttäytymisestä eri tilanteissa ja joka liittyy yleensä opintojen optimaaliseen suorittamiseen. Kolmanneksi on hiljainen tieto lääkärin työstä ja ammattikunnan kulttuurista. Kyse on ennen kaikkea sosiaalistumisesta lääkärikuntaan ja sen arvoihin ja toimintatapoihin. Johdannossa esiteltyä Harry Collinsin luokittelua käyttäen kaksi viimeistä voi määritellä relationaaliseksi hiljaiseksi tiedoksi, joka voi otollisissa tilanteissa tulla näkyväksi.

Mitä tapahtui hiljaiselle tiedolle lääkärikoulutuksessa ajanjaksolla 1930-luvun alusta 1960-luvun lopulle? Yleisesti voi sanoa, että kasvatuksessa on siirrytty vapaaehtoisuudesta virallisiin opinto-ohjelmiin ja kirjoittamattomista periaatteista läpinäkyvämpään ja avoimempaan suuntaan. Molemmat kehityskulut ovat jatkuneet ja voimistuneet edelleen 1970-luvulta lähtien. Kaksi tärkeää esimerkkiä valaisee hiljaista tietoa ja sen muuttumista näkyväksi. Ensimmäinen liittyy käytännön harjoitteluun ja toinen ammattikunnan kulttuuriin. Lääkärin työssä pärjäämisen kannalta henkilökohtaiset kokemukset olivat avainasemassa, joten aiemmin, esi-

¹⁵ Lääketieteen opintouudistus on monimutkainen prosessi, jonka tarkka avaaminen osana koko tutkimon uudistusta voisi olla hyvän jatkotutkimuksen aihe.

¹⁶ Collins 2010, 97–98.

merkiksi 1930-luvulla medisiinareilla oli tapana täydentää opintojaan itsenäisellä ja vapaaehtoisella työskentelyllä. Vähitellen tämä käytännön osuus tuli osaksi tutkintoa: ensin vuonna 1945 tutkintovaatimukseen tuli pakollinen amanuenssuuri ja LOT:n myötä vuoden pituinen ns. orientoiva vaihe. Vapaaehtoisuudelle ei ollut enää aikaa eikä pian tilaisuuksiakaan. Kehityskulkua voi luonnehtia siten, että opintojen ”piilotietämys” tuli ensin näkyväksi ja sitten myös osaksi tutkintoa. Samalla se heijastaa lääkäriprofession merkityksen kasvua ja kertoo tarpeesta säädellä koulutusta aiempaa tarkemmin.

Jos taas tarkastellaan ammattikunnan kulttuurin hiljaisen tiedon välittymistä, yleispiirteinä on ollut siirtymä kirjoittamattomista periaatteista ammattikunnan kokoamiin ohjeistoihin, medisiinarien keskinäiseen kasvatustoimintaan ja lopulta viralliseen opinto-ohjelmaan. Tämä koski etenkin potilas-lääkärisuhdetta. Potilaiden kohtelua sekä lääkärin velvollisuuksia potilaita ja yhteiskuntaa kohtaan opittiin lähinnä opettajien antamasta esimerkistä. Esikuvien välityksellä levisivät niin kutsumusajattelu kuin laajemmat aatteelliset virtaukset. Ammattikunnan kulttuurin hiljaisen tiedon muuttamisessa näkyväksi medisiinarien panos oli keskeinen. 1960-luvulla medisiinarit alkoivat vaatia moniarvoisempaa etiikkaa, potilassuhteen opettamista ja sivistyksellisen pohjan laajentamista käyttäytymis- ja yhteiskuntatieteisiin. Medisiinarien kritiikki ammattikunnan kulttuuria kohtaan kertoo hyvin lääkärikoulutuksen sosiaalistavasta merkityksestä ja vaikutuksesta. Tärkeä huomio on, että traditiota ei voi kyseenalaistaa tuntematta sitä, ja näin on etenkin hiljaisen tiedon laita.¹⁷ Tutkimus on tuonut esille medisiinarien poikkeuksellisen vahvaa hiljaisen tiedon sisäistämistä ja ammattikuntaan sosiaalistumista. Esikuvien merkitys oli suuri, samoin kuin traditioiden – kuten Motzi Eklöf toteaa, historian ja perinteiden luominen on ollut tärkeä osa lääkäreiden eetos.¹⁸

Lääkärikasvatuksessa 1960-luku oli murrosaikaa, jonka vaikutus jatkui seuraaville vuosikymmenille. Silloin vaatimukset ammattikunnan kulttuurin avoimesta arvioinnista ja läpinäkyvyydestä löivät läpi niin kansainvälisesti kuin Suomessakin. Kuvaavaa on jatkuvuuden vahvuus: 1980- ja 1990-luvuilla käydyssä keskustelussa lääkäri-ideaalista ja professionalismista palattiin jälleen sivistyksen ja kasvatuksen teemoihin – kuten monta kertaa aiemminkin.¹⁹ Esimerkiksi Motzi Eklöf huomautti vuonna 2000 väitöskirjansa johtopäätöksissä, että Ruotsissa ei ole lääkärin tai lääketieteellistä etiikkaa koskevaa lainsäädäntöä. Eklöfin mukaan lääkärimäärän kasvaessa ja hoidon demokratisoituessa henkilökohtainen opettaja-oppilassuhde on kuitenkin jossain määrin menettänyt otettaan etiikan välittämisessä, jolloin lainsäädännöllä saattaisi olla tarpeellinen ohjaava vaikutus tulevien lääkäreiden eettisen ajattelun kannalta.²⁰ Tulevaisuuden tärkeä tutkimusaihe olisi tarkastella, miten ammattikunnan kulttuuri ja lääkärikoulutus muuttuivat 1970-luvulta alkavalla ajanjaksolla. Tässä lääketieteen kehityksen ja erikoislääkärikoulutuksen tarkastelu

17 Rolf 1995, 130–131.

18 Eklöf 2000, 243.

19 Paula Vainiomäki on koonnut erilaisia pohdintoja ja määritelmiä, joita ”hyvän lääkärin” ominaisuuksista ja professionalismista on 1970-luvulta lähtien tehty, ks. Vainiomäki 1995, 20–25.

20 Eklöf 2000, 257.

lienee yksi keskeinen tekijä. Kiinnostavaa olisi myös tutkia tarkemmin opetuksen muutosta, jossa on Paula Vainiomäen mukaan siirrytty behavioristisesta kognitiiviseen oppimiskäsitykseen. Suomessa LOT:n mietintö nosti Vainiomäen mukaan ensimmäisen kerran oppimisen esiin.²¹ Kuitenkin medisiinarit keskustelivat oppimisesta vilkkaasti esimerkiksi 1950-luvulla ja ongelmalähtöistä opetusta oli nostettu esiin Suomessa jo ennen LOT-mietintöä.

Edellä kuvaamani hiljaisen tiedon prosessi osoittaa, että kehityssuunta 1900-luvun jälkipuoliskolla on ollut kohti läpinäkyvämpiä periaatteita. Suomessa lääkäreitä säätelee laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä vuodelta 1994. Siihen sisältyy ammattieettisiä velvollisuuksia koskeva kohta, jonka mukaan terveydenhuollon ammattihenkilöiden päämääränä on *”terveyden ylläpitäminen ja edistäminen, sairauksien ehkäiseminen sekä sairaiden parantaminen ja heidän kärsimystensä lievittäminen”*. Lisäksi ammattihenkilön on työssään *”sovellettava yleisesti hyväksyttyjä ja kokemusperäisiä perusteltuja menettelytapoja koulutuksensa mukaisesti, jota hänen on pyrittävä jatkuvasti täydentämään”*. Mukana on edelleen määräys antaa kiireistä apua sitä tarvitsevalle sekä salassapitovelvollisuus. Lääkärin erityisiä oikeuksia ja velvollisuuksia on päättää potilaan lääketieteellisestä tutkimuksesta, taudinmäärittämisestä sekä siihen liittyvästä hoidosta ja määrätä sitä varten lääkkeitä.²² Suomessa on myös laki potilaan asemasta ja oikeuksista vuodelta 1992, jonka mukaan potilasta *”on kohdeltava siten, ettei hänen ihmisarvoaan loukata sekä että hänen vakaumustaan ja hänen yksityisyyttään kunnioitetaan”*²³, ja laki lääketieteellisestä tutkimuksesta vuodelta 1999, jossa korostetaan *”ihmisarvon loukkaamattomuuden periaatetta”*.²⁴

Lakien määritelmät ovat varsin yleisiä. Lääkärikunnan oma toiminta eettisten periaatteiden välittämiseksi ja ylläpitämiseksi onkin yhä merkittävää. Lääkäriliitto julkaisee säännöllisesti *Lääkärin etiikka* -kirjaa. Vuoden 2013 kirjassa määritellään lääkärikoulutuksen tavoitteeksi kehittää hyvän lääkärin ominaisuuksia, joita ovat *”humaani suhtautuminen, halu ja kyky jatkuvaan tiedon hankintaan ja sen kriittiseen arviointiin, hyvä ongelmanratkaisukyky, hyvät yhteistyötaidot ja hyvät kliiniset taidot”*. Lisäksi opettajien on välitettävä medisiinareille *”myös sitä hiljaista tietoa, joka heijastuu hyvänä ja eettisesti arvokkaana toimimisena”*.²⁵ Lainaukset kertovat, että ammattikunnan kulttuurin perinteet pitävät pintansa. Lääketieteellisten tiedekuntien koulutukselle asettamissa tavoitteissakin näkyy laaja näkemys ammatista. Turun yliopiston lääketieteen koulutuksen tavoitteena on *”kouluttaa ja kasvattaa lääketieteen opiskelijasta humanistisesti ja laaja-alaisesti ajatteleva terveydenhuollon asiantuntija”*.²⁶ Oulun tiedekunnan tavoitteissa korostetaan, että opiskelijalla olisi valmistuessaan *”tiedolliset, taidolliset ja psykososiaaliset valmiudet työskennellä menestyksellisesti niin sairaalassa kuin perusterveydenhuollon tehtävissä”*.²⁷ Myös me-

21 Vainiomäki 1995, 36–37.

22 Laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä 559/1994.

23 Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 785/1992.

24 Laki lääketieteellisestä tutkimuksesta 488/1999.

25 Saarni (toim.) 2013, 236–239.

26 Turun lääkärikoulutuksen tavoitteet, <http://www.utu.fi/fi/yksikot/med/opiskelu/koulutustarjonta/II/Sivut/home.aspx>, luettu 10.10.2016.

27 Oulun lääketieteen tutkinto-ohjelman tavoitteet, <http://www.oulu.fi/ltk/node/2343>, luettu 10.10.2016.

disiinarien oma toiminta toimii samaan suuntaan. Lääketieteenkandidaattiseuran [www-sivuilla](http://www.lks.fi) on sellaisia ohjeita opintojen eri vaiheiden suorittamiseen, jotka 1960-luvulla olivat vielä osa hiljaista tietoa. Perinteiden merkitys nousee yhä esille, kuten lainaus osoittaa: *”Vuosikurssit ovat tärkeä osa lääkiläisten elämää. Vuosikursseistesi kesken tulet viettämään unohtumattomia hetkiä tentteihin pännäämisen lisäksi myös sitseillä ja muissa juhlissa.”*²⁸

Ilman näkyväksi tulemista hiljainen tieto ei uusiutuisi, mutta kaikkea lääkäriksi kasvamisen ja ammatissa toimimisen kannalta olennaista tietoa ei voi kirjata lakiteksteihin ja ohjeistoihin, sillä avainasemassa on viime kädessä yksilön vastuu oppimisestaan ja toiminnastaan. Lääkärit ovat työssään tekemisissä elämän ja kuoleman kysymysten kanssa ja tekevät päätöksiä varsin itsenäisesti. Tämä on korostanut ammatin vastuullisuutta, vakavaa ja velvoittavaa puolta. Lääkäri on osattava arvioida omat taitonsa ja mahdollisuutensa, pystyttävä tarkastelemaan itseään tarvittaessa kriittisesti ja ottamaan vastaan palautetta toisilta. Lääkäri on oltava valmis jatkuvasti laajentamaan ja syventämään tietojaan. Opiskeluajan merkitys näiden valmiuksien opettamisessa on epäilemättä keskeinen. Hyvä kysymys kuitenkin on, opitaanko näitä valmiuksia parhaiten luennoista ja oppikirjoista. Missä määrin vaikuttavat yhteistoiminta toisten kanssa ja laaja-alainen kiinnostus yhteiskunnan ilmiöihin ja ihmisten toimintaan? Mikä on sivistyksen merkitys?

Suomalaisen yliopiston tehtäviin kuuluu edelleen *”kasvattaa opiskelijoita palvelemaan isänmaata ja ihmiskuntaa”*. Olen aiemmin määritellyt, että kasvatustehtävän ydin lienee ”yhdistelmä yliopistoyhteisön tarjoamia mahdollisuuksia ja opiskelijan kykyä ja halua käyttää tätä varsin vapaata elämänvaihetta omaan henkiseen kehittämiseensä”. Kuitenkaan kyse ei ole henkisestä kehittämisestä yksilön itsensä vuoksi vaan ajatellen niitä tehtäviä, joita opiskelija valmistautuu yhteiskunnassa tekemään. Kyse on sekä ammatista että kansalaistoiminnasta. Yliopiston tulisi edelleen antaa opiskelijoille mahdollisuus aktiiviseen osallistumiseen yhteisön toimintaan, opiskelijaelämään ja laajan sivistyksen hankkimiseen.²⁹ Kun tarkastelen näitä ajatuksia sivistyksestä ja kasvatuksesta tutkimukseni valossa, medisiinarit ja lääketieteellinen tiedekunta vaikuttavat historiassa toimineen juuri tähän suuntaan. Vaikka sivistyskäsitys on muuttunut eri aikoina, pohjimmiltaan ammattikunnan kulttuurin hiljaisessa tiedossa on välittynyt ajatus laaja-alaisuudesta ja humanismin merkityksestä lääkärielle. Historian valossa näyttää siltä, että pelkkä virallinen opinto-ohjelma ei kuitenkaan riitä tämän tavoitteen saavuttamiseksi, vaan tarvitaan myös sekä hiljaita tietoa että medisiinarien omaehtoista toimintaa valmiuksiensa eteen.

Toisinaan lääkärien aatteellinen pohja on asetettu kyseenalaiseksi. Kutsumuksen ja etiikan korostaminen on esimerkiksi nähty vain keinona pitää yllä ammattikunnan monopolia ja etuoikeuksia sekä legitimoida sen taloudellinen edunvalvonta.³⁰ Tämä tutkimus osoittaa, että lääkärien kollektiivisessa identiteetissä aatteellisuudella, työllä yksilöiden ja yhteiskunnan hyväksi on aina ollut tärkeä sija. Painotuk-

28 Lääketieteenkandidaattiseura, <http://www.lks.fi/opiskelu>, luettu 10.10.2016. Lainaus vuosikursseja käsittelevältä sivulta.

29 Aalto (toim.) 2013, 12–14.

30 Koostetta ks. esim. Järvinen 1985, 18–20.

siin on vaikuttanut niin aikakauden aatteellis-poliittinen todellisuus kuin hiljaisen tiedon välittäjinä keskeiseen asemaan nousseet henkilöt. Lääkäriin ammatti on yhteiskunnalle ja yksilöille niin tärkeä, että koulutuksen roolia lääkäriksi kasvamisessa on hyvä huolellisesti analysoida. Historia ei osoita ratkaisua siihen, mikä on lääkäriksi kasvamisessa tärkeintä, mutta se voi avata näkemään ympärillä vallitsevia perinteitä, arvoja ja arvostuksia ja ennen kaikkea sitä hiljaista tietoa, jota tänäkin päivänä opiskelija omaksuu lääkärikoulutuksessa.

Lähteet ja kirjallisuus

Arkistolähteet

Helsingin yliopiston keskusarkisto (HYKA)

- Lääketieteellisen tiedekunnan pöytäkirjat 1911–1970
- Matemaattis-luonnontieteellisen osaston pöytäkirjat 1932
- Konsistorin pöytäkirjat 1927, 1933, 1942, 1945
- Konsistorin kirje kanslerille liitteineen, saapuneet kirjeet 320/1945

Turun yliopiston keskusarkisto (TYKA)

- Lääketieteellisen tiedekunnan pöytäkirjat 1965–1970

Lääketieteenkandidaattiseuran arkisto (LKSA)

- C.M. -yhdistyksen arkistoaineisto 1912–1920
- Johtokunnan pöytäkirjat 1933–1951
- Järjestämätöntä aineistoa, kuten kirjeitä, LKS:n yleisen kokouksen pöytäkirjoja ja kandidaattien yhteiskokousten pöytäkirjoja 1933–1940

Suomen Lääkäriliiton arkisto (SLA)

- Yleisen kokouksen pöytäkirjat 1913–1917
- Hallituksen pöytäkirjat 1920, 1930, 1935
- Valtuuskunnan pöytäkirjat 1956, 1960, 1965–1968
- Toimintakertomukset 1967, 1968

Kansalliskirjasto

- Waris Heikki: Ylioppilaitten sosiaalinen ja maantieteellinen syntyperä 1867–1940. Kansalliskirjaston käsikirjoituskokoelma, 1983: 13.

Painetut lähteet

- Akateemisen Karjala-Seuran jäsenet.* Jäsenluettelon laatineet Ville-Paavo Aitola ja Aarne Helle. Kerho 22 ry.: Helsinki 1995.
- Akateemiset urat. Ammatinvalinnan opas korkeakouluopintoja suunnitteleville.* Akateeminen yhteistyövaliokunta Akava/WSOY: Porvoo – Helsinki 1953.

Akateemiset urat. Ammatinvalinnan opas korkeakouluopintoja suunnitteleville. Akava ry./WSOY: Helsinki 1956.

Asiakirjoja yliopistoasioissa – Handlingar i universitetsärenden -sarjan osat

Angående ny stadga för de medicinska studierna. Asiakirjoja yliopistoasioissa 7/1912. Helsinki 1912.

Den medicinska preliminärexamen. Fysisk-matematiska Sektionens utlåtande.

Asiakirjoja yliopistoasioissa 3/1913. Helsinki 1913.

Åtgärder med anledning av det stora antalet studerande i medicinska fakulteten. Utdrag ur medicinska fakultetens protokoll. Asiakirjoja yliopistoasioissa 8/1915. Helsinki 1915.

Medicinska fakultetens utlåtande med anledning af den stora tillströmningen af studerande till fakulteten. Asiakirjoja yliopistoasioissa 5/1916. Helsinki 1916.

Lääkietieteellisten opintojen uudistamissuunnitelma. Helsingin yliopiston asiakirjoja 1/1944. Helsinki 1944.

Betänkande med utredning och förslag angående läkarutbildningen I. Utbildningen till medicine licentiatexamen. Statens offentliga utredningar 27:1941. Stockholm 1941.

Helsingin yliopiston luettelot 1921–1969.

Helsingin yliopiston lääketieteellisen tiedekunnan tutkintovaatimukset 1931. Suomalainen kirjakauppa: Helsinki 1931.

Helsingin yliopistossa lääketiedettä ja hammaslääketiedettä opiskelevien tutkintovaatimuksia 1934. Suomalainen kirjakauppa: Helsinki 1934.

Helsingin yliopistossa lääketiedettä ja hammaslääketiedettä opiskelevien vuonna 1945 vahvistetut uudet tutkintovaatimukset. Akateeminen Kirjakauppa: Helsinki 1946.

Helsingin yliopisto, ohjelma lukuvuodelle 1924–1925. Helsinki 1924.

Helsingin yliopisto, ohjelma lukuvuodelle 1926–1927. Helsinki 1926.

Helsingin yliopisto, ohjelma lukuvuodelle 1932–1933. Helsinki 1932.

Helsingin yliopisto, ohjelma lukuvuodelle 1933–1934. Helsinki 1933.

Kertomukset Helsingin yliopiston toiminnasta 1934–1944 (lukuvuosittain).

Komiteamietinnöt

Ylioppilastulvan vastustamiskomitean mietintö marraskuun 23 päivästä 1935. Komiteamietintö 12: 1935. Helsinki 1935.

Korkeakoulukomitean mietintö. Komiteamietintö no. 7. Helsinki 1956.

Lääkäritarvetta ja koulutusmahdollisuuksia selvittelevän komitean II osamietintö.

Komiteamietintö 1965: A11. Helsinki 1966.

Lääkietieteen opintouudistustoimikunnan mietintö. Komiteamietintö 1971: A6. Helsinki 1971. (LOT)

Lääkietieteen oppilasvalintatoimikunnan mietintö II. Komiteamietintö 1974: 115. Helsinki 1974.

Läkares grundutbildning och vidareutbildning. Betänkande av sakkunniga tillkallade av medicinalstyrelsen och universitetkanslerämbetet. Statens offentliga utredningar 1967:51. Stockholm 1967.

Läkarutbildningen. Betänkande av 1948 års läkarutbildningskommitté. Statens offentliga utredningar 1953:7. Stockholm 1953.

Osakuntalaitoksesta. Lausuntoja osakuntalaitoksen ja osakuntien merkityksestä. Helsingin yliopiston suomenkielisten osakuntien asettama toimikunta: Helsinki 1937.

Rehtorin puheet. Puheita Helsingin yliopiston avajaisissa vv. 1927–1930. Helsingin yliopisto: Helsinki 1937.

Suomalaisen yliopiston puolesta! Ylioppilaiden yliopistotaistelu 17.I–3.II.1935 ja suuri kansalaislähetystö 2–3.II.1935. Ylioppilaitten keskustoimikunnan julkaisuja 3. ”Lakkojulkaisu”. Helsinki 1935.

Suomen suuriruhtinaanmaan asetuskokoelma /

Storfurstendömet Finlands författningssamling

Asetus n:o 8, 1890. Keisarillisen Majesteetin Armollinen Asetus lääkärin-ammatin harjoittamisesta Suomessa. Annettu Helsingissä 18 p:nä helmikuuta 1890.

Författning n:o 8, 1890. Hans Kejserliga Majestäts Nådiga Förordning angående utöfning af läkarekallet i Finland. Gifven i Helsingfors den 18 Februari 1890.

Suomen Asetuskokoelma / Finlands Författningssamling

N:o 94, 1919. Suomen Hallitusmuoto. Annettu Helsingissä 17 heinäkuuta 1919.

Laki n:o 191, 1923. Laki Helsingin yliopiston järjestysmuodon perusteista. Annettu Helsingissä 14 päivänä heinäkuuta 1923.

Laki n:o 20, 1925. Laki lääkärintoimen harjoittamisesta. Annettu Helsingissä 23 päivänä tammikuuta 1925.

Lag n:o 20, 1925. Lag angående utövning av läkarkallet. Given i Helsingfors den 23 januari 1890.

Asetus n:o 224, 1933. Asetus jolla muutetaan toukokuun 2 päivänä 1889 annettu asetus niistä tiedonnäytteistä, joita vaaditaan Helsingin yliopiston lääketieteelliseen tiedekuntaan pääsemistä varten. Annettu Helsingissä 10 päivänä heinäkuuta 1933.

Asetus n:o 225, 1933. Asetus Helsingin yliopiston lääketieteellisessä tiedekunnassa opiskelevien lukumäärän rajoittamisesta. Annettu Helsingissä 10 päivänä heinäkuuta 1933.

Asetus n:o 727, 1945. Asetus opiskelijain ottamisesta Helsingin yliopiston lääketieteelliseen tiedekuntaan. Annettu Helsingissä 19 päivänä heinäkuuta 1945.

Asetus n:o 728, 1945. Asetus Helsingin yliopistossa suoritettavista lääketieteellisistä tutkinnoista. Annettu Helsingissä 19 päivänä heinäkuuta 1945.

Asetus n:o 329, 1954. Asetus Suomen, Tanskan, Norjan ja Ruotsin yhteisistä työmarkkinoista tehdyn sopimuksen voimaansaattamisesta. Annettu Naantalissa 16 päivänä heinäkuuta 1954.

Laki n:o 322, 1965. Laki eräiden sairaaloiden käyttämisestä lääkärikoulutukseen. Annettu Helsingissä 11 päivänä kesäkuuta 1965.

- Asetus n:o 427, 1965. Asetus eräiden sairaaloiden käyttämisestä lääkärikoulutukseen. Annettu Helsingissä 7 päivänä heinäkuuta 1965.
- Suomen lääkärin – Finlands Läkare 1940.* Toim. Gunnar Soininen. Suomen Lääkäriliitto: Helsinki 1941.
- Suomen lääkärin – Finlands Läkare 1972.* Toim. Yrjö Collan. Suomen Lääkäriliitto: Helsinki 1974.
- Tiede ja ylin opetus tulevien vuosien Suomessa. Tasavallan Presidentin helmikuun 4. päivänä 1965 asettaman työryhmän lausunto.* Kustannusosakeyhtiö Aalto: Helsinki 1965.
- Tigerstedt Robert: *Den medicinska undervisningen i Sverige, Norge, Danmark, Tyskland och Österrike jämte förslag till förändringar i densamma vid Finlands universitet af Robert Tigerstedt.* Helsingfors centraltryckeri: Helsingfors 1911.

WHO

- Expert Committee on Professional and Technical Education of Medical and Auxiliary Personnel. Report on the First Session.* World Health Organization Technical Report Series No. 22. WHO: Geneva 1950.
- Expert Committee on Professional and Technical Education of Medical and Auxiliary Personnel. Second Report.* World Health Organization Technical Report Series No. 69. WHO: Geneva 1953.
- Conference on Public Health Training of General Practitioners.* Geneva, 29 October – 2 November 1956. World Health Organization Technical Report Series No. 140. WHO: Geneva 1957.
- The Teaching of the basic medical sciences in the light of modern medicine. Eight Report of the Expert Committee on Professional and Technical Education of Medical and Auxiliary Personnel.* World Health Organization Technical Report Series No. 209. WHO: Geneva 1961.
- Internationally Acceptable Minimum Standards of Medical Education. Report of a Study Group.* World Health Organization Technical Report Series No. 239. WHO: Geneva 1962.
- Promotion of Medical Practitioners' interest in Preventive Medicine. Twelfth Report of the Expert Committee on Professional and Technical Education of Medical and Auxiliary Personnel.* World Health Organization Technical Report Series No. 296. WHO: Geneva 1964.
- The Use of Health Service Facilities in Medical Education. Sixteenth Report of the Expert Committee on Professional and Technical Education of Medical and Auxiliary Personnel.* World Health Organization Technical Report Series No. 355. WHO: Geneva 1967.
- Ylioppilaskalenteri 1931–1932.* Suomen Ylioppilaskuntien Liiton julkaisuja 4. Suomen Ylioppilaskuntien Liitto: Helsinki 1931.
- Ylioppilaan kirja (Ylioppilaskalenteri) 1937–1938.* Suomen Ylioppilaskuntien Liiton julkaisuja 8. Suomen ylioppilaskuntien Liitto: Helsinki 1936.
- Ylioppilastutkivatilanteemme. Radiokeskustelu 6. III. 1936.* Suomalaisuuden Liitto: Helsinki 1936.

Lehdistö

Aikakauskirja Duodecim (Duodecim)
British Medical Journal (BMJ) 1953, 1959, 1966
Helsingin Sanomat 1967
Ilta-Sanomat 1968
Kauneus ja terveys 1968
Kollega
Käytännön lääkäri 1958
Medisiinari
Suomen Lääkärilehti (SLL)
Suomen Lääkäriliiton Aikakauslehti – Finlands Läkarförbunds Tidskrift (SLAik)
Suomen Sosialidemokraatti 1935, 1969
Terveystieteiden lehti 1942
Tiedonantoja Liiton jäsenille – Meddelanden till förbundets medlemmar (Tiedonantoja)
Uusi Suomi 1940
Ylioppilaslehti

Haastattelut, Suomen Lääkäriliiton arkisto (SLA)

Olli Castrén ja Jarmo Visakorpi 1.6.2009
Kari Puro 8.6.2009 (haastattelija Samu Nyström)
Erkki Kivalo 10.7.2009
Ilkka Taipale 6.8.2009
Pirkko Turpeinen-Saari 7.9.2009

Painamattomat lähteet

Ajankuva. Marraskuunliikkeen itsenäisyyspäivän vastaanotto asunnottomille alkoholisteille Eteläsuomalaisessa osakunnassa, julkaistu 7.12.1967. <http://yle.fi/aihe/artikkeli/2007/08/02/marraskuun-liike-jarjesti-alkoholisteille-itsenaisyys-juhlan>, katsottu 20.10.2015

Festa Fetuum MCMLXVI -ohjelmavihko 1966 ja valokuva fetusjuhlasta 1966.
Yrjö Qvarnbergin arkisto, kopiot tekijän hallussa.

Hietala Marjatta ja Leikola Anto: *Laimi Leidenius (1877–1938)*. Kansallisbiografia. <http://www.kansallisbiografia.fi/kb/artikkeli/6855/>, julkaistu 10.11.2000, luettu 26.2.2016

Korppi-Tommola Aura: *Simo Brofeldt (1892–1942)*. Kansallisbiografia. <http://www.kansallisbiografia.fi/kb/artikkeli/6830/>, julkaistu 4.5.2001 (päivitetty 3.9.2008), luettu 23.2.2016

Korppi-Tommola Aura: *Birger Runeberg (1875–1938)*. Kansallisbiografia. <http://www.kansallisbiografia.fi/kb/artikkeli/6898/>, julkaistu 9.10.2006, luettu 23.2.2016

- Korppi-Tommola Aura: *Per Edvin Alfred Nylander (1897–1955)*. Kansallisbiografia. <http://www.kansallisbiografia.fi/kb/artikkeli/6864/>, julkaistu 4.5.2001, luettu 23.2.2016
- Korppi-Tommola Aura: *Harald Teir (1914–1992)*. Kansallisbiografia. <http://www.kansallisbiografia.fi/kb/artikkeli/6906/>, julkaistu 4.5.2001, luettu 23.2.2016
- Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 785/1992, <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1992/19920785>, luettu 10.10.2016
- Laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä 559/1994, <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1994/19940559>, luettu 10.10.2016
- Laki lääketieteellisestä tutkimuksesta 488/1999, <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1999/19990488>, luettu 10.10.2016
- Leikola Anto: *Väinö Lassila (1896–1939)*. Kansallisbiografia, <http://www.kansallisbiografia.fi/kb/artikkeli/6854/>, julkaistu 21.3.2005, luettu 13.1.2016
- Lääketieteenkandidaattiseura, <http://www.lks.fi/opiskelu>, luettu 10.10.2016
- Oulun lääketieteen tutkinto-ohjelman tavoitteet. Oulun yliopisto, lääketieteellinen tiedekunta. <http://www oulu.fi/ltk/node/2343>, luettu 10.10.2016
- Pihko Helena, muistokirjoitus: *Pirkko Santavuori*. Helsingin Sanomat. <http://www.hs.fi/muistot/a1364356456727#>, luettu 23.2.2016
- Saxén Lauri: *Arno Saxén (1895–1952)*. Kansallisbiografia. <http://www.kansallisbiografia.fi/kb/artikkeli/6900/>, julkaistu 14.6.2002, luettu 23.2.2016
- Turun lääkärikoulutuksen tavoitteet. Turun yliopisto, lääketieteellinen tiedekunta. <http://www.utu.fi/fi/yksikot/med/opiskelu/koulutustarjonta/11/Sivut/home.aspx>, luettu 10.10.2016
- World Medical Association. History. <http://www.wma.net/en/60about/7ohistory/index.html>, luettu 8.10.2016

Aikalaiskirjallisuus

- Aaltonen Lea: *Sairauksien ja sairaalaelämän sosiologiaa*. Sairaanhoidajien koulutussäätiön julkaisu. WSOY: Porvoo 1964.
- Donner Jörn: *Terveenä sairaalassa*. Päiväkirja aikuisille. Kustannusosakeyhtiö Fennia: Helsinki 1961.
- Gordon Richard: *Leivottiin lääkäri*. WSOY: Porvoo – Helsinki 1954.
- Haavio Matti (toim.): *Korkeakoulukysymys*. WSOY: Porvoo – Helsinki 1965.
- Huittinen Veli-Matti ja Launiala Kari: Lääkärikoulutus. Teoksessa Haavio Matti (toim.): *Korkeakoulukysymys*, s. 225–234. WSOY: Porvoo – Helsinki 1965.
- Ilmoni Immanuel: *Mietteitä lääkärin ammatista ja hänen velvollisuuksistaan* (alkup. *Om läkarens yrke och pligter*. Helsinki 1847). Toim. Kalle Achté. HYKS: Helsinki 1984 (1847).
- Janson Ture: *Boken om Helsingfors*. Holger Schildts Förlag: Helsingfors 1926.
- Janson Ture ja Kivijärvi Erkki: *Hyvä Helsingimme*. Holger Schildtin kustannusosakeyhtiö: Helsinki 1926. (Kivijärven muokkaama ja täydentämä käännös teoksesta *Boken om Helsingfors*.)

- Kaipainen Osmo: *Kansa kaikki kärsinyt. Onko terveys kauppatavara vai oikeus?* Karisto: Hämeenlinna 1969.
- Ketonen Oiva: *Valkolakista väitöskirjaan. Korkeakoulupolitiikan näköaloja.* WSOY: Porvoo 1964.
- Kuusi Antti: *Ylioppilaitten vallankumous.* Otava: Helsinki 1968.
- Kuusi Pekka: *1960-luvun sosiaalipoliittikka.* Sosiaalipoliittisen yhdistyksen julkaisu- ja 6. WSOY: Porvoo 1961.
- Lægekultur og kollegialitet. Kollegialitet og god lægekultur kan ikke beordres – men befordres.* Den Almindelige Danske Lægeforening: København 2002.
- Lindqvist Martti: *Lääkintäetiikan luonne ja tehtävä.* Teoksessa *Lääkintäetiikka*, s. 3–26. Suomen Lääkäriliitto: Helsinki 1982.
- Lääkintäetiikka.* Toimituskunta: Achte Kalle, Autio Lauri, Isotalo Antti, Kosonen Tapani, Lindqvist Martti, Tammisto Tapani ja Vartiovaara Ilkka. Suomen Lääkäriliitto: Helsinki 1982.
- Noro Leo: *Sosiaalilääketieteen perusteet sairaanhoitajille, sosiaalihenkilöstölle ja lääkäreille.* Sairaanhoitajien koulutussäätiön julkaisu. WSOY: Porvoo 1957.
- Oker-Blom Max: *Lääkärintoimi ja sen etiikka.* Näköispainos vuonna 1911 ilmestyneestä ensimmäisestä painoksesta. Suomen lääkäriiliitto/Otava: Helsinki 2000 (1911).
- Palmén A. J.: *Lääkärin etiikka.* WSOY: Helsinki 1956.
- Saarni Samuli (toim.): *Lääkärin etiikka.* 7. painos. Suomen Lääkäriliitto: Helsinki 2013.

Muistelmat, elämäkerrat ja muistitieto

- Achte Kalle: *Lääkärikoulussa Paasikiven aikaan.* Recallmed: Espoo 1993.
- Achte Kalle: *Optimistisen psykiatrin muistelmat.* WSOY: Porvoo – Helsinki – Juva 1999.
- Ahonala Marja (toim.): *Lääkäriksi Sveitsissä. Kokemuksia ja muistikuvia.* Medisiinäriseura Appendix r.y. 2009.
- Faltin Richard: *Mitt liv.* Söderström & C:o Förlagsaktiebolag: Tammerfors 1961.
- Granit Ragnar: *Hur det kom sig. Forskarminnen och motiveringar.* P.A. Nordstedt & Söners förlag: Stockholm 1983.
- Hakosalo Heini: *Lääkäri Rosina Heikel. Pitkänmatkanjuoksijan yksinäisyys.* Teoksessa Mäkinen Riitta ja Engman Marja (toim.): *Naisten aika. Valkoinen varis ja muita oppineita naisia*, s. 21–36. Gaudeamus Helsinki University Press: Helsinki 2015. (a)
- Hakosalo Heini: *Tohtori Karolina Eskelin. Kirurgiaa ja kansanvalistusta.* Teoksessa Mäkinen Riitta ja Engman Marja (toim.): *Naisten aika. Valkoinen varis ja muita oppineita naisia*, s. 192–207. Gaudeamus Helsinki University Press: Helsinki 2015. (b)
- Hyppysellinen suolaa saunan jälkeen. Valikoima Jeddi Hasanin kirjoituksia.* Toim. Niemi Mikko, Taipale Ilkka ja Jylhä Marja. Kustannus Oy Kunnia: Turku 1995.
- Järvi Osmo: *Pohdintaa. Pubeita ja kirjoituksia.* WS: Porvoo 1967.

- Kallio K. E.: *Osallistumiseni elämään. Kirurgin muistelmat*. Otava: Helsinki 1973.
- Kauttu Kyllikki: Kunnanlääkärin muotokuva. Teoksessa Kauttu Kyllikki, Voutilainen Antero ja Reinilä Anna-Maria: *Kunnanlääkärien työ ja elämä*, s. 9–18. Suomen Lääkäriliitto: Helsinki 1983.
- Kauttu Kyllikki, Voutilainen Antero ja Reinilä Anna-Maria: *Kunnanlääkärien työ ja elämä*. Suomen Lääkäriliitto: Helsinki 1983.
- Korppi-Tommola Aura (toim.): *Niilo Hallman. Elämäntyönä lapset*. Recallmed: Espoo 1991.
- Keränen Seppo: *Lääkäri Suomessa*. Kirjayhtymä: Helsinki 1980.
- Leikola Juhani: *Mitäpä tässä. Erkki Leikolan henkilökuva*. Helsinki 1993.
- Leikola Juhani: *Eino Suolahti. Isänmaan lääkäri*. Edita: Helsinki 2009.
- Lääkärintyön muistoja – Läkarminnen*. Toim. Amos Pasternack, Tuula Ruokonen ja Monica Ståhls-Hindsberg. Duodecim/SKS: Helsinki 2006.
- Lääkärinä sodassa*. Suomen Lääkäriliiton kokoamista muistelmista toimittanut Kyllikki Kauttu. Suomen Lääkäriliitto/Tammi: Helsinki 1989.
- Niemi Mikko: *Sivistynyt lääkäri. Kirjoituksia*. Kustannus Oy Kunnia: Helsinki 2004.
- Numminen Inkeri: *Arvo Ylpön vuosisata*. WSOY: Porvoo – Helsinki – Juva 1987.
- Palmén Aili: *Kirjeitä, kohtaloita. Elämäkuvia viime vuosisadalta ja nykyiseltä*. Otava: Helsinki 1980.
- Pesonen Niilo: *Lääkärinä ja virkamiehenä. Lääkintöhallituksen entinen pääjohtaja muistelee*. WSOY: Porvoo – Helsinki 1973.
- Pesonen Niilo: *Voi voitettuja. Pitkän elämän varrella muistiinmerkittyä*. Tammi: Helsinki 1992.
- Reenkola Mies: *Mammanpojasta naisten mieheksi. Muistelmia gynekologin oppivuosisilta*. Weilin + Göös: Helsinki 1976.
- Reenpää Yrjö: *Ajateltua ja koettua*. Otava: Helsinki 1974.
- Sulamaa Matti: *Veitsellä ja sydämellä. Kirurgin muistelmia*. Weilin+Göös: Helsinki 1971.
- Taipale Ilkka: *Suomeniskentää. Tekstejä viideltä vuosikymmeneltä*. Toim. Kalemaa Kalevi. Kustannus Oy Kunnia: Helsinki 2009.
- Tarkkanen Ahti: *Professori Mauno Vannas (1891–1964). Silmäsäätiön perustaja*. Silmäsäätiön julkaisuja 5/2007. Helsinki 2007.
- Toivonen Terho: *Airilasta Ylppöön. Lääketieteen professorit kaskujen kuvastimessa*. Kirjayhtymä: Helsinki 1987.
- Tähkä Aleksis: *Lääkärin muistelmia viideltä vuosikymmeneltä. Ensimmäinen osa*. WSOY 1962.
- Wegelius Otto: *Slumpens vägar. För en läkare i och ur det fria Finland*. Schildts: Esbo 1998.
- W. J. Kaipainen. *Eturintamien mies*. Toim. Jounela Antti ja Lilja Mauno. Pohjois-Pohjanmaan sairaanhoitopiirin julkaisuja 1/2002. Oulu 2002.

Painamaton tutkimuskirjallisuus

- Aalto, Sari: *"Vanha kansalle – kansa Vanhalle!" Vanhan ylioppilastalon kulttuurikeskuksen syntyvaiheet Helsingin yliopiston ylioppilaskunnassa*. Suomen ja Pohjoismaiden historian pro gradu -tutkielma. Helsingin yliopisto 2007.
- Kajander-Vierkens Irja: *Elämä terveyden palveluksessa. Hällströmiä lääkärisukua aikansa kuvastajana 1849–1917*. Suomen ja Pohjoismaiden historian pro gradu -tutkielma. Helsingin yliopisto 2004.
- Kontturi Saara-Maija: *Parantajat ja tieteentekijät. Piirilääkärit Ruotsin valtakunnassa 1700-luvun lopulta 1800-luvun alkuun*. Suomen historian pro gradu -tutkielma. Jyväskylän yliopisto 2014. sähköisenä: <https://jyx.jyu.fi/dspace/bitstream/handle/123456789/43076/URN%3ANBN%3Afi%3Aju-201403141347.pdf>, luettu 30.4.2015
- Laurent Helene: *Kunnanlääkärinä korvessa. Naispuolisten lääketieteen kandidaattien talvisota*. Talous- ja sosiaalishistorian kandidaattityö. Helsingin yliopisto 2005.
- Ronkainen Jussi: *Tutkinnosta pääsykokeeseen. Numerus clausus -järjestelmä ja Helsingin yliopistossa opintonsa aloittaneiden opiskelijoiden tausta 1924–1968*. Suomen historian pro gradu -tutkielma. Joensuun yliopisto 1992.
- Salo Matti: *Julkisten peruspalveluiden rakentamisesta teknologia-aaltoon. Suomen yliopistollisten koulutusalojen määrällinen kehitys 1950-luvulta 2010-luvulle*. *Kasvatus & aika* 3/2015. http://www.kasvatus-ja-aika.fi/site/?lan=1&page_id=723, luettu 2.2.2016

Tutkimuskirjallisuus ja -artikkelit

- Aalto Sari: *Opiskelijaruokailun tekijät. Oy UniCafe Ab 1953–2003*. Gaudeamus: Helsinki 2003.
- Aalto Sari: "Ilman kollegiaalisuutta ei ole lääkäreitä." Lääkäriyhteisö ja ammatikunnan kulttuuriin kasvaminen. Teoksessa Nyström Samu (toim.): *Vapaus, terveys, toveruus. Lääkärit Suomessa 1910–2010*, s. 52–157. Suomen Lääkäriliitto/Fennomed: Helsinki 2010.
- Aalto Sari: Ihanne ja identiteetti. Suomalainen lääkärikoulutus ja medisiinariin kasvatusta 1940- ja 1950-luvuilla. *Lähde Historiallinen aikakauskirja* 2012, s. 133–154. Labyrintti ry.: Tampere 2012.
- Aalto Sari (toim.): *Sivistisyhteisö? Puheenpuoroja yliopiston kasvatustehtävästä – Akademisk gemenskap? Tankar kring universitetets bildningsuppdrag*. Osakuntien yhteisvaltuuskunta: Helsinki 2013.
- Ahola Sakari: *Eliitin yliopistosta massojen korkeakoulutukseen. Korkeakoulutuksen muuttuva asema yhteiskunnallisen valikoinnin järjestelmänä*. Koulutussosiologian tutkimuskeskuksen raportti 30. Turun yliopisto: Turku 1995.
- Ahola Sakari ja Olin Nina: *Yliopiston piilo-opetussuunnitelma*. Turun yliopiston koulutussosiologian tutkimuskeskus: Turku 2000.

- Alapuro Risto: *Akateeminen Karjala-seura. Ylioppilasliike ja kansa 1920- ja 1930-luvulla*. WSOY: Porvoo 1973.
- Alasuutari Pertti: *Toinen tasavalta. Suomi 1946–1994*. Vastapaino: Tampere 1996.
- Alasuutari Pertti: *Laadullinen tutkimus*. 3. painos. Vastapaino: Tampere 1999.
- Anderson R. D.: *European Universities from the Enlightenment to 1914*. Oxford University Press: New York – Oxford 2004.
- Auvinen Timo, Holmila Antero ja Lehtimäki Niina: Epävarma itsenäisyys. Julkinen keskustelu sodan päättyessä. Teoksessa Kivimäki Ville ja Hytönen Kirsi-Marja (toim.): *Raubaton rauha. Suomalaiset ja sodan päättyminen 1944–1950*, s. 209–234. Vastapaino: Tampere 2015.
- Baker Robert: The history of medical ethics. Teoksessa Bynum W. F. ja Porter Roy (toim.): *Companion Encyclopedia of the History of Medicine (vol 2)*, s. 852–887. Routledge: London 1993.
- Becher Tony: *Academic tribes and territories. Intellectual enquiry and the cultures of disciplines*. The Society for Research into Higher Education/Open University Press: Stony Stratford 1989.
- Becker Howard S., Geer Blanche, Hughes Everett C. ja Strauss Anselm L.: *Boys in White. Student Culture in Medical School*. (alkup. The University of Chicago Press 1961) Transaction Publishers: New Brunswick – London 2007 (1961).
- Bergholm Tapio: *Sopimusyhteiskunnan synty I. Työehtosopimusten läpimurrosta yleislakkoon. Suomen Ammattiyhdistysten Keskusliitto 1944–1956*. Otava: Helsinki 2005.
- Bonner Thomas Neville: *Becoming a Physician. Medical Education in Britain, France, Germany, and the United States, 1750–1945*. Oxford University Press: New York – Oxford 1995.
- Bonsdorff Bertel von: *Läkare och läkekonst i Finland under 300 år. 1640–1940*. Ekenäs 1978.
- Bourdieu Pierre: The forms of capital. Teoksessa Richardson John G. (toim.): *Handbook of Theory and Research for the Sociology of Education*, s. 241–258. Greenwood Press: New York 1986.
- Bourdieu Pierre ja Passeron Jean-Claude: *Les Héritiers. Les étudiants et la culture*. Les Editions de Minuit (alkup. painos 1964): Paris 1985.
- Bourdieu Pierre ja Passeron Jean-Claude: *Reproduction in education, society and culture*. (2. painos, alkuperäinen ranskankielinen painos vuodelta 1970). Sage: London 1990.
- Burnham John C.: *How the Idea of Profession Changed the Writing of Medical History*. Medical History, Supplement No. 18. Wellcome Institute for the History of Medicine: London 1998.
- Bynum W. F. ja Porter Roy (toim.): *Companion Encyclopedia of the History of Medicine (vol 2)*. Routledge: London 1993.
- Cocks Geoffrey ja Jarausch Konrad H. (toim.): *German Professions 1800–1950*. Oxford University Press: New York 1990.
- Collins Harry: *Tacit and Explicit Knowledge*. The University of Chicago Press: Chicago – London 2010.

- Dyhouse Carol: *Students: A Gendered History*. Routledge: London – New York 2006.
- Eklöf Motzi: *Läkarens ethos. Studier i den svenska läkarkårens identiteter, intressen och ideal 1890–1960*. Linköping Studies in Arts and Science 216. Linköpings Universitet: Linköping 2000.
- Ek-Nilsson Katarina: *Teknikens befäl. En etnologisk studie av teknikuppfattning och civilingenjörer*. Etnolore 21, Skrifter från etnologiska avdelningen. Uppsala universitet: Uppsala 1999.
- Elovainio Päivi: *Opiskelijatutkimus 1961*. Suomen ylioppilaskuntien liitto: Helsinki 1964.
- Eskola Seikko: Tiedepolitiikka ja korkeakoulut. Teoksessa Tommila Päiviö (päätoim.): *Suomen tieteen historia 4. Tieteen ja tutkimuksen yleinen historia 1880-luvulta lähtien*, s. 222–391. WSOY: Helsinki 2002.
- Haavio-Mannila Elina: *Lääkärit tutkittavina. Sosiologinen tutkimus Suomen lääkärin ammattiin liittyvistä tavoitteista ja niiden saavuttamisesta*. Helsingin yliopiston sosiologian laitoksen tutkimuksia 41. Helsingin yliopiston sosiologian laitos: Helsinki 1964.
- Hakosalo Heini: Kivuton murros? Naisten oikeus akateemisiin opintoihin 1800- ja 1900-luvun taitteen Suomessa. *Historiallinen Aikakauskirja* 4/2006, 397–407.
- Hakosalo Heini: Virkaa tekemässä – lääkärinaiset 1900-luvun alun Suomessa. *Tieteessä tapahtuu* 8/2008, 13–21.
- Hakosalo Heini: Elsa Rytä ja naisen mahdollisuudet 1920-luvun suomalaisessa lääketieteessä. *Historiallinen Aikakauskirja* 1/2012, 35–50.
- Hakosalo Heini: Aihetta juhlaan – Klinikin synty 50 vuotta (katsaus). *Historiallinen Aikakauskirja* 4/2014, 439–444.
- Halonen Tero: *Maaseutuopistoista yliopistoon. Maatalous- ja metsätieteiden tutkimus- ja opetustoiminnan akatemisoitumisprosessi Helsingin yliopistossa vuoteen 1945*. Helsingin yliopisto: Helsinki 2010.
- Hanski Jari: *Polin suojiin me saavumme taas. Teknillisen korkeakoulun ylioppilaskunta 125 vuotta*. Teknillisen korkeakoulun ylioppilaskunta: Espoo 1997.
- Hanski Jari: *Juutalaisvastaisuus suomalaisissa aikakauslehdissä ja kirjallisuudessa 1918–1944*. Poliittisen historian väitöskirja, Helsingin yliopisto. Kirja kerrallaan: Helsinki 2006. (saatavissa myös: <https://helda.helsinki.fi/bitstream/handle/10138/21807/juutalai.pdf>, luettu 20.1.2016)
- Harjula Minna: *Terveystien jäljillä. Suomalainen terveyspolitiikka 1900-luvulla*. Tampere University Press: Tampere 2007.
- Harjula Minna: *Hoitoonpääsyn hierarkiat. Terveyskansalaisuus ja terveyspalvelut Suomessa 1900-luvulla*. Tampere University Press: Tampere 2015. (saatavissa myös: https://tampub.uta.fi/bitstream/handle/10024/98006/hoitoonpaasyn_hierarkiat_2015.pdf, luettu 1.10.2016)
- Heikkinen Anja: Elatus, oppi ja kumppanuus. Teoksessa Heikkinen Anja ja Leino-Kaukiainen Pirkko (toim.): *Valistus ja koulunpenkki. Kasvatus ja koulutus Suomessa 1860-luvulta 1960-luvulle*, s. 37–73. SKS: Helsinki 2011.

- Heikkinen Anja ja Leino-Kaukiainen Pirkko (toim.): *Valistus ja koulunpenkki. Kasvatus ja koulutus Suomessa 1860-luvulta 1960-luvulle*. SKS: Helsinki 2011.
- Heikkinen Anja ja Leino-Kaukiainen Pirkko: Johdanto: Koko kansa koulunpenkille. Teoksessa Heikkinen Anja ja Leino-Kaukiainen Pirkko (toim.): *Valistus ja koulunpenkki. Kasvatus ja koulutus Suomessa 1860-luvulta 1960-luvulle*, s. 11–15. SKS: Helsinki 2011.
- Heikkinen Janne: *LKS 75 vuotta. Helsinkiläisten medisiinariopiskelijoiden elämää tsaarinvallan ajoilta 2000-luvulle*. Lääketieteenkandidaattiseura ry.: Helsinki 2008.
- Helanen Vilho: *Suuri murros. Pohjalainen osakunta 1828–1837*. WSOY: Helsinki 1937.
- Helén Ilpo ja Jauho Mikko (toim.): *Kansalaisuus ja kansanterveys*. Gaudeamus: Helsinki 2003.
- Helén Ilpo ja Jauho Mikko: Terveyskansalaisuus ja elämän politiikka. Teoksessa Helén Ilpo ja Jauho Mikko (toim.): *Kansalaisuus ja kansanterveys*, s. 13–32. Gaudeamus: Helsinki 2003.
- Hietala Marjatta: Tutkimuksen rahoitus ja kansainväliset yhteydet. Teoksessa Tommila Päiviö (päätoim.): *Suomen tieteen historia 4. Tieteen ja tutkimuksen yleinen historia 1880-luvulta lähtien*, s. 492–561. WSOY: Helsinki 2002.
- Hietala Marjatta (toim.): *Tutkijat ja sota. Suomalaisten tutkijoiden kontakteja ja kohtaloita toisen maailmansodan aikana*. Historiallinen arkisto 121. SKS: Helsinki 2006.
- Hietala Marjatta: Tutkijat ja Saksan suunta. Teoksessa Hietala Marjatta (toim.): *Tutkijat ja sota. Suomalaisten tutkijoiden kontakteja ja kohtaloita toisen maailmansodan aikana*, s. 30–141. Historiallinen arkisto 121. SKS: Helsinki 2006.
- Hjelt Edv(ard): *Statistiska uppgifter rörande den studerande ungdomen vid det finska universitetet 1867–1905*. Edlundska bokhandeln: Helsingfors 1907.
- Huerkamp Claudia: *The Making of the Modern Medical Profession, 1800–1914: Prussian Doctors in the Nineteenth Century*. Teoksessa Cocks Geoffrey ja Jarausch Konrad H. (toim.): *German Professions 1800–1950*, s. 66–84. Oxford University Press: New York 1990.
- Hämäläinen Pekka Kalevi: *Kielitaistelu Suomessa 1917–1939*. Englanninkielisestä käsikirjoituksesta suomentanut Osmo Mäkeläinen. WSOY: Porvoo 1968.
- Häyrynen Yrjö-Paavo: *Yliopiston ilmastot*. Sosiaalipolitiikan laitoksen tutkimuksia 7/1970. Helsingin yliopisto: Helsinki 1970.
- Ignatius Jaakko: *Suomalainen Lääkäriseura Duodecim 1881–2006. I osa*. Duodecim: Helsinki 2012.
- Ikonen Risto: Korkeasti koulutetun ihmisen ihanne. Teoksessa Heikkinen Anja ja Leino-Kaukiainen Pirkko (toim.): *Valistus ja koulunpenkki. Kasvatus ja koulutus Suomessa 1860-luvulta 1960-luvulle*, s. 217–236. SKS: Helsinki 2011.
- Ikonen Kimmo: *Ammattilaisten asialla. Nuorten Lääkärien Yhdistys 1928–2003*. Nuorten Lääkärien Yhdistys ry.: Helsinki 2003.

- Ilmolahti Oona: Lääkärit ja lääketaidon kokemus. Teoksessa Nyström Samu (toim.): *Vapaus, terveys, toveruus. Lääkärit Suomessa 1910–2010*, s. 330–425. Suomen Lääkäriliitto/Fennomed: Helsinki 2010.
- Immonen Kari: Uusi kulttuurihistoria. Teoksessa Immonen Kari ja Leskelä-Kärki Maarit (toim.): *Kulttuurihistoria. Johdatus tutkimukseen*, s. 11–25. SKS: Helsinki 2001.
- Immonen Kari ja Leskelä-Kärki Maarit (toim.): *Kulttuurihistoria. Johdatus tutkimukseen*. SKS: Helsinki 2001.
- Jalava Marja: *The university in the making of the welfare state. The 1970s degree reform in Finland*. Peter Lang – Internationaler Verlag der Wissenschaften: Frankfurt am Main 2012.
- Jarauschkonrad H.: The German Professions in History and Theory. Teoksessa Cocks Geoffrey ja Jarauschkonrad H. (toim.): *German Professions 1800–1950*, s. 9–24. Oxford University Press: New York 1990.
- Johnsson (Soininen) Gunnar: *Suomen piirilääkärit 1749–1927*. Suomen sukututkimusseura: Helsinki 1928.
- Joutsivuo Timo ja Laakso Mikko: *Sairaanhoidon ytimessä. HYKS 50 vuotta*. Edita Publishing: Helsinki 2008.
- Julkenen Raija: *Sukupuolen järjestykset ja tasa-arvon paradoksit*. Vastapaino: Tampere 2010.
- Järvinen Annikki: *Lääketieteen opiskelijoiden tieteellisiä ja ammatillisia käsityksiä koskeva seurantatutkimus*. Acta Universitatis Tamperensis A 197. Tampereen yliopisto: Tampere 1985.
- Kaarninen Mervi: Yliopisto sodassa – Opiskelua ja tutkimusta rintamalla ja kotirintamalla. Teoksessa Hietala Marjatta (toim.): *Tutkijat ja sota. Suomalais-ten tutkijoiden kontakteja ja kohtaloita toisen maailmansodan aikana*, s. 142–235. Historiallinen arkisto 121. SKS: Helsinki 2006.
- Kalaja Irma: *Korkeakouluopiskelijoiden tulot ja menot huhtikuussa 1964*. Suomen ylioppilaskuntien liitto: Helsinki 1965.
- Kalaja Irma: *Suomen korkeakouluopiskelijat. Opiskelijakunnan rakenne ja opiskeleluosuhteet syksyllä 1965*. Suomen ylioppilaskuntien liitto: Helsinki 1967.
- Kantasalmi Kari (toim.): *Yliopiston ajatusta etsimässä*. Opiskelijajärjestöjen tutkimussäätiö rs./Gaudeamus: Helsinki 1990.
- Karonen Petri: Suomi vuonna yksi. Sodasta rauhaan siirtyminen valtakunnallisena ongelmana. Teoksessa Kivimäki Ville ja Hytönen Kirsi-Marja (toim.): *Rauhaton rauha. Suomalaiset ja sodan päättymisen 1944–1950*, s. 175–207. Vastapaino: Tampere 2015.
- Kataja Heli: *Aseman, koulutuksen ja kulttuuripääoman periytyminen sodanjälkeisessä Suomessa*. Turun yliopiston kasvatustieteiden tiedekunnan julkaisusarja A:179. Turun yliopiston kasvatustieteiden laitos: Turku 1997.
- Kempainen Ilona: Sota-ajan naisten monet roolit. Teoksessa Leskinen Jari ja Juutilainen Antti (toim.): *Jatkosodan pikkujättiläinen*, s. 454–474. WSOY: Helsinki 2005.

- Ketonen Kimmo: *Ylioppilaat omalla asialla. Turun yliopiston ylioppilaskunta 1945–1997*. Turun yliopiston ylioppilaskunta: Turku 2001.
- Kivimäki Ville ja Hytönen Kirsi-Marja (toim.): *Raubaton rauha. Suomalaiset ja sodan päättyminen 1944–1950*. Vastapaino: Tampere 2015.
- Kivimäki Ville, Hytönen Kirsi-Marja ja Karonen Petri: Ennen huomispäivää. Toisen maailmansodan päättyminen Suomessa ja Euroopassa. Teoksessa Kivimäki Ville ja Hytönen Kirsi-Marja (toim.): *Raubaton rauha. Suomalaiset ja sodan päättyminen 1944–1950*, s. 11–36. Vastapaino: Tampere 2015.
- Kivimäki Ville: Uusi Suomi. Sotasukupolvi ja sodanjälkeinen aika. Teoksessa Kivimäki Ville ja Hytönen Kirsi-Marja (toim.): *Raubaton rauha. Suomalaiset ja sodan päättyminen 1944–1950*, s. 285–321. Vastapaino: Tampere 2015.
- Klinge Matti: *Ylioppilastalo. Helsingin yliopiston ylioppilaskunnan kiinteistöjen vaiheita*. Helsingin yliopiston ylioppilaskunta: Helsinki 1970.
- Klinge Matti: *Itsenäisen Suomen ylioppilaat. Ylioppilaskunnan historia osa 4, 1918–1960*. Helsingin yliopiston ylioppilaskunta/Gaudeamus: Helsinki 1978.
- Klinge Matti: Työtä, ei sanoja – Duodecimin aatetaustaa. Teoksessa Mustakallio K. K. et al. (toim.): *Tusinasta tuhansiksi. Suomalainen Lääkäriseura Duodecim 1881–1981*, s. 13–22. Duodecim: Helsinki 1981.
- Klinge Matti: *Kuninkaallinen Turun Akatemia 1640–1808*. Muut kirjoittajat Rainer Knapas, Antto Leikola ja John Strömberg. Otava: Helsinki 1987.
- Klinge Matti: *Keisarillinen Aleksanterin yliopisto 1808–1917*. Muut kirjoittajat Rainer Knapas, Antto Leikola ja John Strömberg. Otava: Helsinki 1989.
- Klinge Matti: *Helsingin yliopisto 1917–1990*. Muut kirjoittajat Rainer Knapas, Antto Leikola ja John Strömberg. Otava: Helsinki 1990.
- Klinge Matti ja Leikola Antto: Opettajat ja virkamiehet. Teoksessa Klinge Matti: *Helsingin yliopisto 1917–1990*, s. 350–458. Otava: Helsinki 1990.
- Knapas Rainer: Yliopiston rakennukset Turussa vuoteen 1809. Teoksessa Klinge Matti: *Kuninkaallinen Turun Akatemia 1640–1808*, s. 250–290. Otava: Helsinki 1987.
- Knapas Rainer: Yliopiston rakennukset. Teoksessa Klinge Matti: *Keisarillinen Aleksanterin yliopisto 1808–1917*, s. 216–276. Otava: Helsinki 1989. (a)
- Knapas Rainer: Uudisrakennukset ja yliopistomiljö. Teoksessa Klinge Matti: *Keisarillinen Aleksanterin yliopisto 1808–1917*, s. 724–765. Otava: Helsinki 1989. (b)
- Knapas Rainer: Rakennettu ja rakentamaton yliopisto. Teoksessa Klinge Matti: *Helsingin yliopisto 1917–1990*, s. 587–647. Otava: Helsinki 1990.
- Kock Wolfram: Svenska Läkareeder. *Medicinska Föreningens tidskrift* 2/1939, 276–283.
- Kock Wolfram: Medical Education in Scandinavia since 1600. Teoksessa O'Malley C. D. (toim.): *The History of Medical Education*, s. 263–299. UCLA Forum in Medical Sciences Number 12. University of California Press: Los Angeles 1970.
- Kolbe Laura: *Sivistysteistön rooli. Helsingin yliopiston ylioppilaskunta 1944–1959*. HYY:n historia 5. Otava: Helsinki 1993.

- Kolbe Laura: *Eliitti, traditio, murros. Helsingin yliopiston ylioppilaskunta 1960–1990*. HYY:n historia 6. Otava: Helsinki 1996.
- Kolbe Laura: The University Town as a Lieu de Mémoire: Student Identity and Manifestations at the University of Helsinki, 1828–1990. *History of Universities vol. XIV 1995–1996*, s. 181–200. Oxford University Press: Oxford 1998.
- Kolbe Laura: *Yläluokka. Olemisen sietämätön vaikeus*. Kirjapaja: Helsinki 2014.
- Koli Paavo: *Helsingin yliopistossa syyslukukaudella 1951 opiskelemassa olleiden ylioppilaiden sosiaalinen kokoonpano isän ammatin mukaan määriteltynä*. Ylioppilastutkimuksen tieteenedistämisrahaston julkaisu. Helsinki 1952.
- Konttinen Esa: *Perinteisesti moderniin. Professionien yhteiskunnallinen syntyminen Suomessa*. Vastapaino: Tampere 1991.
- Korkeakouluopiskelijoiden alueellinen ja sosiaalinen tausta 1940–1969. Korkeakoulu- ja tiedeosaston julkaisusarja no 4. Opetusministeriö: Helsinki 1972.
- Korpiola Mia: *Ystävää, politiikkaa ja oikeustieteen opintoja*. Pykälä ry 1935–2010. Pykälä ry./Edita Publishing Oy: Helsinki 2010.
- Krogius Ali: *Finska Läkaresällskapet historia 1835–1935*. Finska Läkaresällskapet: Helsinki 1935.
- Kuusisto Seppo: *Kansallishenkeen uskoen. Härmäläis-osakunnan historia 1. 1865–1918*. Härmäläis-osakunta: Helsinki 1978.
- Lackman Matti: Yliopiston perustaminen. Teoksessa Salo Matti ja Lackman Matti: *Oulun yliopiston historia 1958–1993*, s. 17–37. Oulun yliopisto: Oulu 1998.
- Lahelma Eero (toim.): *Terveyttä kaikille ja heti! Kirjoituksia erään opintopiirin 30-vuotiselta taipaleelta*. Helsinki 1995.
- Lahelma Eero, Kuokkanen Martti ja Prättälä Ritva: Kulttuuriradikalismista asiantuntijatehtäviin. Teoksessa Lahelma Eero (toim.): *Terveyttä kaikille ja heti! Kirjoituksia erään opintopiirin 30-vuotiselta taipaleelta*. Helsinki 1995.
- Laiho Irma: *Ylimmästä hengenviljelystä tutkijaputkeen. Tutkijakoulutuksen valtiollinen doktriini Suomessa toisen maailmansodan jälkeen*. Koulutussosiologian tutkimuskeskuksen raportteja 13. Turun yliopisto: Turku 1993.
- Laine Antti: Tiedemiesten Suur-Suomi – Itä-Karjalan tutkimus jatkosodan vuosina. *Historiallinen arkisto* 102, s. 91–202. Suomen historiallinen seura: Helsinki 1993.
- Lamberg Marko: *Nuoruus ja toivo. Jyväskylän yliopiston ylioppilaskunta 1934–2004*. Jyväskylän yliopiston ylioppilaskunta/Kampus: Jyväskylä 2004.
- Leikola Anto: Lääkärikoulutus. Teoksessa Klinge Matti: *Keisarillinen Aleksanterin yliopisto 1808–1917*, s. 371–379. Otava: Helsinki 1989.
- Leikola Anto: Laitosten maailmat. Teoksessa Klinge Matti: *Helsingin yliopisto 1917–1990*, s. 459–517. Otava: Helsinki 1990.
- Leskinen Jari ja Juutilainen Antti (toim.): *Jatkosodan pikkujättiläinen*. WSOY: Helsinki 2005.
- Levä Ilkka: *Ammatinharjoittamisen autonomian puolella. Lääkärien työmarkkina-kokemus ammatillisen järjestäytymisen aikana 1910–2010*. Teoksessa Nyström Samu (toim.): *Vapaus, terveys, toveruus. Lääkärit Suomessa 1910–2010*, s. 242–329. Suomen Lääkäriliitto/Fennomed: Helsinki 2010.

- Luukkanen Tarja-Liisa: *Sääty-ylioppilaasta ensimmäisen polven sivistyneistöön. Jumaluusopin ylioppilaiden sukupolvikehitys ja poliittis-yhteiskunnallisten näkemysten muodostuminen 1853–1918*. SKS: Helsinki 2005.
- Majander Mikko: *Pohjoismaa vai kansandemokratia? Sosiaalidemokraatit, kommunistit ja Suomen kansainvälinen asema 1944–51*. SKS: Helsinki 2004. (saatavissa myös: <https://helda.helsinki.fi/bitstream/handle/10138/21842/pohjoism.pdf>, luettu 30.3.2016)
- Mattila Markku: *Kansamme parhaaksi. Rotubygieniä Suomessa vuoden 1935 sterilointilakiin asti*. Bibliotheca Historica 44. SHS: Helsinki 1999.
- Mattila Markku: Rotubygieniä ja kansalaisuus. Teoksessa Helén Ilpo ja Jauho Mikko (toim.): *Kansalaisuus ja kansanterveys*, s. 110–127. Gaudeamus: Helsinki 2003.
- Marin Marjatta: *Tiedekunnat opintoympäristöinä. Tutkimus opiskelusta ja opiskelijoista Helsingin yliopistossa vuosina 1962–68*. Helsingin yliopisto: Helsinki 1970.
- Medicinarklubben Thorax. *25 år festskrift*. Medicinarklubben Thorax: Helsingfors 1956.
- Medicinarklubben Thorax. LXXX Jubileumskrift. 1931–2011. Redaktionschef: John Gästgifvars. Medicinarklubben Thorax: Helsingfors 2011.
- Merikoski Ulla ja Parjanne Matti: *Lääketieteen valtakunnallinen oppilasvalinta*. Tampereen yliopiston opintotoimiston tutkimuksia ja selvityksiä 17/1974. Tampereen yliopisto 1974.
- Michelsen Karl-Erik: Tiede sodan ja rauhan vuosina. Teoksessa Tommila Päiviö (päätoim.): *Suomen tieteen historia 4. Tieteen ja tutkimuksen yleinen historia 1880-luvulta lähtien*, s. 148–219. WSOY: Helsinki 2002.
- Mickwitz Margaretha, von Essen Agneta ja Nordgren Elisabeth (toim.): *Roolien murtajat. Tasa-arvokeskustelua 1960-luvulta 2000-luvulle*. Gaudeamus: Helsinki 2008.
- Mickwitz Margaretha: Yhdistys 9 ja sukupuoliroolikeskustelu. Teoksessa Mickwitz Margaretha, von Essen Agneta ja Nordgren Elisabeth (toim.): *Roolien murtajat. Tasa-arvokeskustelua 1960-luvulta 2000-luvulle*, s. 25–55. Gaudeamus: Helsinki 2008.
- Mustakallio K. K. et al. (toim.): *Tusinasta tuhansiksi. Suomalainen Lääkäriseura Duodecim 1881–1981*. Duodecim: Helsinki 1981.
- Mäkinen Riitta ja Engman Marja (toim.): *Naisten aika. Valkoinen varis ja muita oppineita naisia*. Gaudeamus Helsinki University Press: Helsinki 2015.
- Mäkimmattila Antti: *Lääketieteenkandidaattiseura 25 v. 1933–58*. Lääketieteenkandidaattiseura: Helsinki 1958.
- Nevala Arto: *Korkeakoulutuksen kasvu, lohkoutuminen ja eriarvoisuus Suomessa*. Bibliotheca Historica 43. SHS: Helsinki 1999.
- Niemi Mikko: *Kuolema iloitsee palvellessaan elämää. Suomen anatomian historia 1640–1990*. Valtion painatuskeskus: Helsinki 1990.
- Nilsson Folke: Etik och förtroende grunden för läkaryrket. Teoksessa Sjöstrand N. O. et al. (toim.): *Ett sekel med läkaren i fokus. Läkarförbundet 1903–2003*, s. 71–90. Sveriges läkarförbund: Stockholm 2003.

- Nissilä Viljo: *Viipurilainen osakunta I. Turun akatemian aika 1640–1828*. Otava: Helsinki 1953.
- Nurminen Raija: *Intuitio ja hiljainen tieto hoitotyössä*. Kuopion yliopiston julkaisu- ja E 80. Kuopion yliopisto: Kuopio 2000.
- Nykänen Panu: *Otaniemen yhdyskunta. Teknillinen korkeakoulu 1942–2008*. WSOY: Helsinki 2007.
- Nyström Samu (toim.): *Vapaus, terveys, toveruus. Lääkärit Suomessa 1910–2010*. Suomen Lääkäriliitto/Fennomed: Helsinki 2010.
- Nyström Samu: Suomen Lääkäriliitto sata vuotta. Teoksessa Nyström Samu (toim.): *Vapaus, terveys, toveruus. Lääkärit Suomessa 1910–2010*, s. 16–51. Suomen Lääkäriliitto/Fennomed: Helsinki 2010. (a)
- Nyström Samu: Lääkärit ja terveyden politiikka. Teoksessa Nyström Samu (toim.): *Vapaus, terveys, toveruus. Lääkärit Suomessa 1910–2010*, s. 158–241. Suomen Lääkäriliitto/Fennomed: Helsinki 2010. (b)
- Nyström Samu: Sodat ja pandemiat lääkäreiden haasteena. Teoksessa Nyström Samu (toim.): *Vapaus, terveys, toveruus. Lääkärit Suomessa 1910–2010*, s. 426–447. Suomen Lääkäriliitto/Fennomed: Helsinki 2010. (c)
- Näre Sari et al. (toim.): *Sodassa koettua 2. Uhrattu nuoruus*. Weilin+Göös: Helsinki 2008.
- Näre Sari ja Kirves Jenni: Nuorten talkoot: Isänmaallinen työvelvollisuus. Teoksessa Näre Sari et al. (toim.): *Sodassa koettua 2. Uhrattu nuoruus*, s. 65–97. Weilin+Göös: Helsinki 2008.
- O'Malley C. D. (toim.): *The History of Medical Education*. UCLA Forum in Medical Sciences Number 12. University of California Press: Los Angeles 1970.
- Olsson Pia: Työtä kokonaisuuden hyväksi – jatkosodan lottatoiminta. Teoksessa Leskinen Jari ja Juutilainen Antti (toim.): *Jatkosodan pikkujättiläinen*, s. 434–448. WSOY: Helsinki 2005.
- Oulun lääketieteellinen kiltä 1960–2010. *Juhlakirja*. Päätoim. Tiina Saukko. Oulun lääketieteellinen kiltä ry.: Oulu 2011.
- Oulun lääketieteellinen kiltä 10 v. Teksti Lennart von Wendt ja Arto Vesala. Oulun lääketieteellinen kiltä ry.: Oulu 1970.
- Paaskoski Leena: *Herrana metsässä. Kansatieteellinen tutkimus metsänhoitajuudesta*. SKS: Helsinki 2008.
- Pesonen Niilo: *Terveyden puolesta sairautta vastaan*. WSOY: Porvoo – Helsinki – Juva 1980.
- Polanyi Michael: *The Tacit Dimension*. Routledge & Kegan Paul Ltd: London 1966.
- Rauhala Urho: *Suomalaisen yhteiskunnan sosiaalinen kerrostuneisuus. 1960-luvun suomalaisen yhteiskunnan sosiaalinen kerrostuneisuus ammattien arvostuksen valossa*. Helsingin yliopisto: Helsinki 1966.
- Richardson John G. (toim.): *Handbook of Theory and Research for the Sociology of Education*. Greenwood Press: New York 1986.
- Rinne Risto ja Jauhiainen Arto: *Koulutus, professionaalistuminen ja valtio. Julkisen sektorin koulutettujen reproduktioammattikuntien muotoutuminen Suomessa*. Tu-

- run yliopiston kasvatustieteiden tiedekunta, julkaisusarja A: 128. Turun yliopiston kasvatustieteiden laitos: Turku 1988.
- Rolf Bertil: *Profession, tradition och tyst kunskap. En studie i Michael Polanyis teori om den professionella kunskapens tysta dimension*. Bokförlaget Nya Doxa: Övre Dalkarlskyttan 1995.
- Salo Matti ja Lackman Matti: *Oulun yliopiston historia 1958–1993*. Oulun yliopisto: Oulu 1998.
- Salo Matti: Yliopiston kokonaisuuskehitys. Teoksessa *Oulun yliopiston historia 1958–1993*, s. 85–174. Oulun yliopisto: Oulu 1998. (a)
- Salo Matti: Toimitilat. Teoksessa *Oulun yliopiston historia 1958–1993*, s. 184–236. Oulun yliopisto: Oulu 1998. (b)
- Salo Matti: Lääketieteellinen tiedekunta. Teoksessa *Oulun yliopiston historia 1958–1993*, s. 452–502. Oulun yliopisto: Oulu 1998. (c)
- Salo Matti: *Pohjoinen Alma Mater. Oulun yliopisto osana korkeakoululaitosta ja yhteiskuntaa perustamisvaiheista vuoteen 2000*. Studia Historica Septentrionalia 42. Pohjois-Suomen historiallinen yhdistys: Rovaniemi 2003.
- Sarkola T. (toim.): *Det thoracala medicinarspexet under 1900-talet*. Medicinarklubben Thorax: Helsingfors 1999.
- Seppälä Raimo: Kahdentuhannen lääkärin koulu. Teoksessa Visakorpi Jarmo, Seppälä Raimo, Pasternack Amos ja Ylitalo Pauli (toim.): *30-vuotinen sota. Tampereen lääketieteellisen tiedekunnan synty ja selviytyminen. Tampereen yliopiston lääketieteellinen tiedekunta 1972–2002*, s. 11–184. Tampereen yliopiston lääketieteellinen tiedekunta: Tampere 2003.
- Silvennoinen Oula, Tikka Marko ja Roselius Aapo: *Suomalaiset fasistit. Mustan sarastuksen airuet*. WSOY: Helsinki 2016.
- Simmer Hans H.: Principles and problems of medical undergraduate education in Germany during the nineteenth and early twentieth centuries. Teoksessa O'Malley C. D. (toim.): *The History of Medical Education*, s. 173–200. UCLA Forum in Medical Sciences Number 12. University of California Press: Los Angeles 1970.
- Sjöstrand N. O. et al (toim.): *Ett sekel med läkaren i fokus. Läkarförbundet 1903–2003*. Sveriges läkarförbund: Stockholm 2003.
- Sjöstrand N. O.: Läkarnas grundutbildning 1800–1977. Teoksessa Sjöstrand N. O. et al (toim.): *Ett sekel med läkaren i fokus. Läkarförbundet 1903–2003*, s. 329–349. Sveriges läkarförbund: Stockholm 2003.
- Slätis Pär: De första Thoraxspexen 1952–1956. Teoksessa Sarkola T. (toim.): *Det thoracala medicinarspexet under 1900-talet*, s. 9–12. Medicinarklubben Thorax: Helsingfors 1999.
- Sohlstén-Nederström Jemina: *Sata vuotta opintojen tiellä. KY 1911–2011*. Otava: Helsinki 2011.
- Stan Ana-Maria: The 1922–1923 student revolts at the University of Cluj, Romania. From local anti-Semitic academic protests to national events. Julkaistaan teoksessa: Dhondt Pieter (toim.): *Student Revolt, City and Society – From the*

- Middle Ages until Today*, 15 sivua. Routledge: London 2017. Hyväksytty julkais-
tavaksi, kopio artikkelista väitöskirjan tekijän hallussa.
- Strömberg John: Ylioppilaat: Teoksessa Klinge Matti: *Kuninkaallinen Turun
Akademia 1640–1808*, s. 291–354. Otava: Helsinki 1987.
- Strömberg John: Ylioppilaat. Teoksessa Klinge Matti: *Keisarillinen Aleksanterin
yliopisto 1808–1917*, s. 277–332. Otava: Helsinki 1989.
- Strömberg John: Ylioppilastulvasta sääntelyyn. Teoksessa Klinge Matti: *Helsingin
yliopisto 1917–1990*, s. 518–586. Otava: Helsinki 1990.
- Strömberg John: *Studenter, nationer och universitet. Studenternas härkomst och
levnadsbanor vid Akademien i Åbo 1640–1808*. Svenska Litteratursällskapet i
Finland: Helsingfors 1996.
- Tarmio Timo: *Tiedekunta hyvinvointivaltiossa. Turun yliopiston lääketieteellinen
tiedekunta 1943–1993*. Turun yliopiston lääketieteellinen tiedekunta: Turku 1993.
- Tiitta Allan: *Collegium medicum. Lääkintöhallitus 1878–1991*. Terveiden ja hyvin-
voinnin laitos: Helsinki 2009.
- TLKS ry 1946–1996. *Turun Lääketieteenkandidaattiseuran 50-vuotisjuhla-julkaisu*.
Toimitus: Pauli Suominen, Päivi Silvasti ja Ville Äärimaa. Turun Lääketie-
teenkandidaattiseura: Turku 1996.
- TLKS 1946–2006. *Turun Lääketieteenkandidaattiseura 60 vuotta*. Päätoim. Antti
Palomäki ja Sini Erme. Boosterin erikoisnumero. Turun Lääketieteenkandi-
daattiseura: Turku 2006.
- Tommila Päiviö (päätoim.): *Suomen tieteen historia 4. Tieteen ja tutkimuksen ylei-
nen historia 1880-luvulta lähtien*. WSOY: Helsinki 2002.
- Tommila Päiviö: Suomalaisen tieteen voimakkaan kasvun kausi. Teoksessa Tom-
mila Päiviö (päätoim.): *Suomen tieteen historia 4. Tieteen ja tutkimuksen yleinen
historia 1880-luvulta lähtien*, s. 30–145. WSOY: Helsinki 2002.
- Tudeer A. E.: *Katsaus ylioppilaiden yksityistaloudellisiin oloihin. Selonteko lukuvuon-
na 1913–1914 toimeenpannun kiertokyselyn tuloksista*. Tilastollisia tiedonantoja 24.
Suomen tilastollinen päätoimisto: Helsinki 1917.
- Tuominen Marja: ”Me kaikki ollaan sotilaitten lapsia”. *Sukupuolvihegemonian kriisi
1960-luvun suomalaisessa kulttuurissa*. Otava: Helsinki 1991.
- Turun Lääketieteenkandidaattiseura 15 vuotta*. Toim. Vuori Ilkka, Pesonen Kimmo,
Sirva Kari, Parvinen Timo ja Lahtinen Kalevi. Turun Lääketieteenkandidaat-
tiseura: Turku 1961.
- Valkonen Tapani: Matriikkelitietoja sosiaalisesta liikkuvuudesta. *Sosiologia* 2/1967,
59–62.
- Vainio Maria (toim.): *Nylands Nationhus 1901–2001*. Nyland XII. Samlingar utgiv-
na av Nylands Nation. Nylands Nation: Helsingfors 2001.
- Vainiomäki Paula: *Kasvamassa lääkäriksi. Tutkimus juonneopetuksen suunnittelus-
ta, toteutuksesta ja vaikutuksista Turun yliopiston lääketieteellisessä tiedekunnassa
vuosina 1989–1993*. Annales Universitatis Turkuensis C 117. Turun yliopisto:
Turku 1995.

- Weatherall Miles: Drug therapies. Teoksessa Bynum W. F. ja Porter Roy (toim.): *Companion Encyclopedia of the History of Medicine (vol 2)*, s. 915–938. Routledge: London 1993.
- Virtanen Matti: *Fennomanian perilliset. Poliittiset traditiot ja sukupolvien dynamiikka*. SKS: Helsinki 2001.
- Visakorpi Jarmo, Seppälä Raimo, Pasternack Amos ja Ylitalo Pauli (toim.): *30-vuotinen sota. Tampereen lääketieteellisen tiedekunnan synty ja selviytyminen. Tampereen yliopiston lääketieteellinen tiedekunta 1972–2002*. Tampereen yliopiston lääketieteellinen tiedekunta: Tampere 2003.
- Vuori Hannu: *Lääketieteen historia – sosiaalihistoriallinen näkökulma*. Gummerus: Jyväskylä 1979.
- Vuorio Kaija: *Lentoon. Kuopion yliopiston neljä vuosikymmentä*. Kuopion yliopisto: Kuopio 2006.
- Ylijoki Oili-Helena: *Akateemiset heimokulttuurit ja noviisien sosialisatio*. Vastapaino: Tampere 1998.
- Ylioppilaiden taloudelliset olot vuonna 1935*. Suomen virallinen tilasto, XXXII Sosiaalisia erikoistutkimuksia 17. Helsinki 1939.

Liite 1.

Helsingin yliopiston lääketieteellisen tiedekunnan läsnä olevat opiskelijat syyslukausittain (poikkeukset mainittu) 1931–1969.

	Kaikki opiskelijat	Nais-opiskelijat	Nais-opiskelijat %
syksy 1931	660	240	36,36
syksy 1932	704	246	34,94
syksy 1933	760	270	35,53
syksy 1934	820	302	36,83
syksy 1935	776	288	37,11
syksy 1936	735	255	34,69
syksy 1937	696	218	31,32
syksy 1938	697	251	36,01
syksy 1939	714	268	37,54
syksy 1940	746	286	38,34
kevät 1941	726	277	38,15
syksy 1942	426	187	43,90
syksy 1943	459	251	54,68
syksy 1944	182	124	68,13
syksy 1945	838	370	44,15
syksy 1946	856	375	43,81
kevät 1947	900	378	42,00
syksy 1948	975	386	39,59
kevät 1949	1017	404	39,72
kevät 1950	1090	425	38,99
syksy 1951	1061	417	39,30
syksy 1952	1090	424	38,90
syksy 1953	1103	431	39,08
syksy 1954	1097	440	40,11
syksy 1955	1068	429	40,17
syksy 1956	1054	420	39,85
syksy 1957	1067	414	38,80
syksy 1958	1085	413	38,06
syksy 1959	1119	414	37,00
syksy 1960	1170	419	35,81

syksy 1961	1196	427	35,70
syksy 1962	1251	459	36,69
syksy 1963	1360	502	36,91
kevät 1964	1307	475	36,34
kevät 1965	1411	513	36,36
syksy 1966	1401	496	35,40
syksy 1967	1505	536	35,61
syksy 1968	1566	532	33,97
syksy 1969	1557	502	32,24

Lähde: Helsingin yliopiston luettelot 1931–1969.

Liite 2.

Turun ja Oulun yliopiston lääketieteellisen tiedekunnan läsnä olevat opiskelijat lukuvuosittain 1945–1969.

	Turun yliopisto			Oulun yliopisto		
	Kaikki opiske- lijat	Nais- opiske- lijat	Nais opiskeli- jat %	Kaikki opiske- lijat	Nais- opiske- lijat	Nais opiskeli- jat %
1945-1946	54	37	68,52			
1946-1947	59	33	55,93			
1947-1948	65	27	41,54			
1948-1949	68	30	44,12			
1949-1950	79	20	25,32			
1950-1951	87	14	16,09			
1951-1952	102	26	25,49			
1952-1953	124	32	25,81			
1953-1954	141	34	24,11			
1954-1955	217	49	22,58			
1955-1956	300	72	24,00			
1956-1957	362	85	23,48			
1957-1958	402	94	23,38			
1958-1959	496	144	29,03			
1959-1960	526	158	30,04			
1960-1961	624	199	31,89	50	20	40
1961-1962	508	142	27,95	101	39	38,61
1962-1963	523	153	29,25	151	58	38,41
1963-1964	528	148	28,03	201	71	35,32
1964-1965	541	165	30,50	250	87	34,8
1965-1966	546	170	31,14	300	110	36,67
1966-1967	551	189	34,30	319	118	36,99
1967-1968	596	198	33,22	359	136	37,88
1968-1969	926	419	45,25	365	138	37,81

*Lähde: Suomen virallisen tilaston sarjan XXXVII Korkeakoulut -julkaisut 1-4, Tilas-
tokeskus.*

Turun yliopiston kokoaman tilaston mukaan läsnäolevia opiskelijoita oli 10 syksyllä 1943 ja 32 syksyllä 1944. Ks. https://www.utu.fi/fi/Yliopisto/avaintiedot/opiskelutilastot/opiskelijat/Documents/historia_opiskelijat.pdf

Liite 3. Lääketieteen opintojen rakenne ja tutkintovaatimukset eri aikoina.



Lääketieteen lisensiaattitutkinto¹

Klinikkapalvelukset:

sisätautien propedeuttinen klinikka, kirurgian propedeuttinen klinikka, iho- ja sukupuolitautilien klinikka, silmätautien klinikka, lastenklinikka, synnytysopin ja naistentautien klinikka, korva-, nenä- ja kurkkutautien klinikka, psykiatrian klinikka, sisätautien klinikka ja poliklinikka, kirurgian klinikka ja poliklinikka sekä kaupungin epidemiasairaala

Kurssit vuoden 1934 tutkintovaatimusten mukaan:

yleinen patologia ja patologinen anatomia, kliininen kemia ja mikroskopia, bakteriologia ja serologia, hammaslääketiede, sairashoidon tekniikka, hieronta ja sairasvoimistelu, fysikaalinen terapia, patologinen histologia, hygienia, oikeuslääkeoppi, reseptioppi sekä ruumiinavausharjoitukset

Loppukuulusteluaineet:

Sisätautioppi, kirurgia, silmätautioppi, synnytysoppi ja gynekologia, patologinen anatomia, hygienia, syfilidologia ja ihotautioppi, pediatriikka, psykiatria, oikeuslääketiede, otiaatriikka sekä bakteriologia ja serologia

¹ Helsingin yliopiston lääketieteellisen tiedekunnan tutkintovaatimukset 1931 ja 1934; Ylioppilaskalenteri 1931–1932; Tigerstedt 1911.

Opintojen rakenne vuoden 1945 tutkintovaatimusten mukaan



Lääketieteen lisensiaattitutkinto²

Klinikkapalvelukset:

sisätautien propedeuttinen klinikka, kirurgian propedeuttinen klinikka, iho- ja sukupuolitautilien klinikka, sisätautien klinikka ja poliklinikka, kirurgian klinikka ja poliklinikka, synnytysopin ja naistentautien klinikka, korva-, nenä- ja kurkkutautien klinikka, silmätautien klinikka, lastenklินิกka, psykiatrian klinikka sekä kaupungin epidemiasairaala

Kurssit vuoden 1945 tutkintovaatimusten mukaan:

perkussio- ja auskultatiotaito, kliiniset laboratoriotutkimukset, yleinen patologia ja patologinen anatomia, bakteriologia ja serologia, farmakologia, ruumiinavausharjoitukset, sisätautien ja kirurgian röntgendiagnostiikka, neurologia, hammaslääketiede, tuberkuloosioppi, reseptioppi, mekanoterapia, sädehoito-oppi ja radioterapia, sosiaalilääketiede, hygienia sekä oikeuslääkeoppi

Loppukuulusteluaineet:

farmakologia, patologinen anatomia, bakteerioppi ja serologia, iho- ja sukupuolitautioppi, tuberkuloosioppi, kirurgia, synnytys- ja naistentautioppi, korva-, nenä- ja kurkkutautioppi, psykiatria, silmätautioppi, sisätautioppi, lastentautioppi, hygienia ja oikeuslääkeoppi. Vuodesta 1959 myös virusoppi ja lääketieteellinen radiologia.³

² Helsingin yliopistossa lääketiedettä ja hammaslääketiedettä opiskelevien vuonna 1945 vahvistetut uudet tutkintovaatimukset 1946.

³ Lääket. tdk ptk 3.3.1959 (25\$), 26.5.1959 (50\$), 15.9.1959 (67\$) liitteineen, HYKA.

Liite 4. Lääketieteen professorit 1930–1969.

Helsingin yliopiston lääketieteellinen tiedekunta

Sisätautioppi, III klinikka (per. 1640 teoreettinen ja käytännöllinen lääketiede)

1930–1939	Ehrström Robert (siirt. ylim. professuurista, siirt. myöh. ruotsinkiel. virkaan)
1940–1960	Kerppola William
1962–1986	Nikkilä Esko

Sisätautioppi, propedeuttinen, myöh. II klinikka (vaihtuva virka per. 1925, kiinteä 1938)

1927–1938	Becker Gösta
1940–1946	Vesa Arvo
1950–1970	Vartiainen Ilmari

Sisätautioppi, ruotsinkielinen, IV klinikka (vaihtuva virka per. 1939, kiinteä 1948)

1939–1941	Ehrström Robert (siirtynyt varsinaisesta professuurista)
1947–1971	von Bonsdorff Bertel

Sisätautioppi, polikliininen opetus, myöh. I klinikka (ylim. prof. 1917, varsinainen 1944)

1920–1930	Ehrström Robert (ylimääräinen prof., siirtynyt vars. virkaan)
1933–1951	Holsti Östen (1933–1944 ylim. prof.)
1953–1981	Halonen Pentti

Anatomia (per. 1778 anatomia ja fysiologia, jaettu 1882)

1930–1939	Lassila Väinö
1942–1954	Pesonen Niilo
1956–1984	Eränkö Olavi

Anatomia (vaihtuva suomenk. virka per. 1924)

1921–1929	Kajava Yrjö (1921–1924 henkilökoht. ylim. prof.)
-----------	--

Anatomia (vaihtuva ruotsink. virka)

1942–1964	Hjelmman Göran
-----------	----------------

Kirurgia, III klinikka (per. 1778 kirurgia ja synnytysoppi, jaettu 1857)

1930–1938	Runeberg Birger (siirtynyt vaiht. virasta)
1939–1942	Brofeldt Simo (siirtynyt vaiht. virasta)
1940–1955	Nylander P. E. A. (1940–1943 ylim. prof.)
1957–1966	Peräsalo Olavi
1968–1986	Tala Pekka

Kirurgia (vaihtuva virka per. 1926, kiinteä 1938), vuodesta 1960 ortopedia ja traumatologia

1929–1940	Kalima Tauno
1950–1967	Kallio Kalle Emil
1968–1979	Langenskiöld Anders

Kirurgia, propedeuttinen, myöh. II klinikka (ylim. prof. 1919, varsinainen 1944)

1921–1930	Runeberg Birger (ylim. prof., siirtynyt vars. virkaan)
-----------	--

1933–1939	Brofeldt Simo (ylim. prof., siirtynyt vars. virkaan)	Farmakologia (per. 1845 farmakologia ja farmasia, myöh. lääket. kemia ja farmakologia, jaettu 1921)
1940–1943	Nylander P. E. A. (ylim. prof.)	1924–1949 Airila Yrjö
1946–1963	Seiro Väinö	1945–1966 Vartiainen Armas (1945–1950 henkilökoht. ylim. prof.)
1964–1985	Turunen Martti I.	1966–1991 Paasonen Matti
Kirurgia, ruotsink. (per. 1948)		
1948–1953	Langenskiöld Fabian	Lääketieteellinen kemia (per. 1845, jaettu 1921)
1955–1970	Inberg Karl Rainer	1933–1961 Simola Paavo
Synnytys- ja naistentautioppi, II klinikka (per. jaossa 1857 lapsenpäästöoppi ja lastentautioppi)		1964–1992 Järnefelt Johan
1925–1939	Wichmann S. E. (siirtynyt vaiht. virasta)	Patologinen anatomia (per. 1857 patologinen anatomia ja oikeuslääkeoppi)
1942–1950	Rauramo Mauno	1917–1937 Wallgren Axel
1951–1973	Vara Paavo	1938–1952 Saxén Arno
Synnytys- ja naistentautioppi, I klinikka (vaihtuva virka per. 1924, kiinteä 1938)		1955–1977 Teir Harald
1924–1925	Wichmann S. E. (siirtynyt vars. virkaan)	Patologinen anatomia, II (vaihtuva virka per. 1925, kiinteä 1938)
1930–1938	Leidenius Laimi	1926–1942 Castrén Harry
1942–1966	Turunen Aarno	1945–1946 Uotila Unto (myöh. oikeuslääketieteen prof.)
1968–1978	Timonen Sakari	1953–1978 Setälä Kai
Fysiologia (per. jaossa 1882, vaihtuva virka per. 1927)		Patologinen anatomia, ruotsink. (per. 1948)
1920–1930	Tigerstedt Carl	1948–1958 Wallgren Ivar
1932–1935	Rancken Dodo	1960–1977 Saxén Arno
1937–1940	Granit Ragnar (siirt. vaiht. virkaan 1938–1940)	Oikeuslääketiede (ylim. prof. 1902, varsinainen 1943)
1927–1962	Reenpää (ent. Renqvist) Yrjö (siirt. vaiht. virasta 1927–1938)	1904–1939 Ehrnrooth Ernst
1963–1989	Bergström Matti	1942 Elo Oiva
		1946–1973 Uotila Unto

Hygienia (ylim. prof. 1890, varsinainen 1898), vuodesta 1971 Kansanterveystiede

1919–1934 von Hellens Oskar
1936–1962 Lojander Woldemar
1964–1983 Rantasalo Ilari

Oftalmologia (ylim. prof. 1871, varsinainen 1921)

vuodesta 1961 silmätautioppi
1912–1935 Grönholm Väinö (1912–1921 ylim. professori)
1937–1961 Vannas Mauno
1961–1984 Vannas Salme

Pediatrïikka (ylim. prof. 1890, varsinainen 1921) vuodesta 1950 lastentautioppi

1921–1957 Ylppö Arvo (1921–1925 henkilökoht. ylim. prof.)
1956–1983 Hallman Niilo (1956–1957 henkilökoht. ylim. prof.)

Lastentautioppi, ruotsink. (per. 1948)
1950–1971 Räihä Carl-Eric

Psykiatria (ylim. prof. 1906, varsinainen 1921) vuosina 1945–1967 mielitautioppi

1925–1945 Fabritius Harald
1948–1967 Kaila Martti
1968–1992 Kalle Achté

Bakteerioppi ja serologia (ylim. prof. 1911 bakteriologia ja serologia, varsinainen 1921)

1911–1940 Streng (myöh. Renkonen) Osvald (1911–1921 ylimääräinen professori)
1942–1972 Renkonen (ent. Streng) K. O.

Iho- ja sukupuolitautioppi (ylim. prof. 1874 syfilidologia ja ihotaudit, varsinainen 1943)

1919–1940 Cedercreutz Axel
1943–1951 Pirilä Paavo
1952–1967 Putkonen Tauno
1968–1994 Mustakallio Kimmo

Korva-, nenä- ja kurkkutautioppi (ylim. prof. 1903, varsinainen 1943)

1931–1957 Meurman Yrjö (1931–1943 ylim. prof.)
1958–1973 Siirala Urpo

Tuberkuloosi- ja keuhkosairausoppi (per. Svinhufvudin lahjoitusprofessuurina 1943)

1945–1953 Haahti Hannu
1955–1978 Pätälä Jorma

Lääket. radiologia (per. 1946) vuodesta 1966 sädehoito-oppi ja vuodesta 1972 sädehoito ja syöpätaudit

1950–1966 Mustakallio Sakari
1968–1993 Holsti Lars

Virusoppi (per. 1955)

1957–1983 Oker-Blom Nils

Neurologia (per. 1961)

1963–1977 Kivalo Erkki

Röntgendiagnostiikka (per. 1962)

vuodesta 1974 diagnostinen radiologia
1964 – 1985 Soila Pekka

Kliininen kemia (per. 1967)

1969–1997 Adlercreutz Herman

Anestesiologia (per. 1969)

1971–1995 Tammisto Tapani

Ylimääräiset professorit, joita ei mainittu aiemmin (kiinteät virat merkitty asteriskilla, muut henkilökohtaisia)

1917–1936	Faltin Richard, kirurgia
1918–1926	Hagelstam Jarl, neurologia
1936–1943	Nyberg Carl, bakteriologia
1937–1952	Palmén Arne Johannes, kirurgia
1944–1966	Wilska Alvar, fysiologia
1946–1947	Packalén Karl, bakteriologia ja serologia
1947–1960	Snellman Aarno, neurokirurgia
1949–1966	Jalavisto Eeva, fysiologia
1950–1951	Wahlberg Herman, sisätautioppi
1952–1956	Parviainen Sakari, synnytysoppi
1958–1981	Pirilä Veikko, iho- ja sukupuoli- tautioppi
1961–1979	Landtman Bernhard, lastentautioppi
1963–1973	*af Björkensten Sune, neurokirurgia
1966–1983	Penttinen Kari, virusoppi
1967–1993	Saxén Lauri, kokeellinen patologia
1968–1970	Mäkelä V. E. O. (Olli), immunologia, myöh. 1972–1995 bakteeriopin ja serologian prof.

Turun yliopiston lääketieteellinen tiedekunta

Patologinen anatomia (per. 1943)

1944–1977 Järvi Osmo

Bakteerioppi ja serologia (per. 1943)
vuodesta 1954 lääket. mikrobiologia

1945–1973 Mustakallio Eero

Sisätautioppi (per. 1943)

1946–1949 Kalaja Lauri

1951–1974 Brummer Pekka

Silmätautioppi (per. 1944)

1945–1951 Teräskeli Hilja

1952–1960 Werner Sigurd

1961–1985 Oksala Arvo

Kirurgia (per. 1944)

1945–1963 Klossner A. R. (Saku)

1963–1984 Viikari Sauli

Lastentautioppi (per. 1944)

1945–1965 Salmi Toivo

1966–1985 Peltonen Tuomas

Iho- ja sukupuolitautioppi (per. 1944)

1944–1951 Toivo E. Olin

1955–1973 Sonck Carl-Erik

Synnytys- ja naistentautioppi (per. 1944)

1947–1955 Ritala Aaro

1956–1962 Parviainen Sakari

1964–1984 Rauramo Lauri

Korva-, nenä- ja kurkkutautioppi (per. 1946)

1947–1958 Siirala Urpo

1959–1987 Meurman Otto H.

Farmakologia (per. 1949)

1952–1984 Pekkarinen Aimo

Hygienia ja sosiaalilääketiede (per. 1949) vuodesta 1972 kansanterveystiede

1950–1968 Erkkilä Sven

1970–1976 Sievers Kai

Hermo- ja mielitautioppi (per. 1949) vuodesta 1967 psykiatria

1949 von Bagh Konrad

1952–1963 Saarnio Lauri

1965–1967 Stenbäck Asser

1968–1990 Alanen Yrjö

Röntgenologia (diagnostinen radiologia, per. 1952)

1953–1961 Wegelius Carl

1963–1985 Virtama Pekka

Fysiologia (per. 1954)

1955–1984 Hartiala Kaarlo

Lääketieteellinen biokemia (per. 1954)

1955–1984 Kulonen Eino

Anatomia (per. 1955)

1956–1963 Näättänen Esko

1965–1995 Niemi Mikko

Virusoppi (per. 1961)

1963–1991 Halonen Pekka

Oikeuslääketiede (per. 1963)

1964–1988 Raekallio Jyrki

Onkologia ja sädehoito (per. 1965)

1965–1977 Voutilainen Antero

Neurologia (per. 1967)

1969–2000 Rinne Urpo

Keuhkosairausoppi (per. 1968)

1970–1994 Tala Eero

Anestesiologia (per. 1969)

1970–1991 Vapaavuori Matti

Kuntoutusoppi, henkilökoht. ylim. prof. (per. 1970)

1972–1974 Kallio Veikko

Oulun yliopiston lääketieteellinen tiedekunta

Farmakologia (per. 1962)

1965–1986 Kärki Niilo

Kirurgia (per. 1962)

1965–1985 Larmi Teuvo

Mikrobiologia (per. 1962)

1965–1994 Salminen Aimo

Patologinen anatomia (per. 1962)

1965–1986 Dammert Kai

Röntgenologia (per. 1962)

1965 Voutilainen Antero

1966–1990 Vuoria Pekka

Sisätautioppi (per. 1962)
1964–1985 Kaipainen W. J.

Ihotautioppi (per. 1963)
1965–1975 Rehtijärvi Katri

Korva-, nenä- ja kurkkutautioppi (per.
1963)
1963–1974 Palva Tauno

Silmätautioppi (per. 1963)
1965–1986 Forsius Henrik

Synnytys- ja naistentautioppi
(per. 1963)
1965–1988 Järvinen Pentti A.

Lastentautioppi (per. 1964)
1964–1972 Wasz-Höckert Ole

Hygienia (per. 1965)
vuodesta 1971 kansanterveystiede
1969–1971 Sievers Kai

Oikeuslääketiede (per. 1965)
1969–2001 Hirvonen Jorma

Mielitautioppi (per. 1965)
vuodesta 1969 psykiatria
1967–1992 Tienari Pekka

Anatomia (per. 1968)
1970–1973 Havu Väinö K.

Fysiologia (per. 1968)
1970–1991 Hirvonen Leo

Lääketieteellinen kemia (per. 1968)
1970–1988 Kivirikko Kari

Sädehoito-oppi (per. 1969)
1969–1994 Taskinen Pentti J.

Kliininen kemia (per. 1970)
1972–2004 Vihko Reijo

Neurologia (per. 1970)
1971–1987 Hokkanen Eero

